PRIX DONNÉ

PAR

M. LE PRÉFET

DU TARN

1832

INSTRUCTIONS

SOMMAIRES

THÉORIQUES ET PRATIQUES

SUR LES ACCOUCHEMENS;

Par Madame FAGETTE, Professeur du Cours d'Accouchement établi à Albi.

PREMIÈRE PARTIE.

A ALBI,

CHEZ L'AUTEUR,

ET CHEZ J.-F.-M.e BAURENS, IMPRIMEUR DU ROI.

1825.

EPB Supp B
605521B

Je devais satisfaire aux intentions bienfaisantes de M. le Vicomte De Cazes, Préfet de ce département, en donnant de suite les Notions les plus indispensables sur l'Art des Accouchemens, à des femmes qui n'ont fait aucune étude.

Un imprimé était bien nécessaire pour leur rappeler ces Notions. J'ai écrit à la hâte celui-ci.

Lorsque j'aurai des Élèves assez instruites pour pouvoir les occuper des autres manœuvres relatives à l'Accouchement naturel, mixte ou laborieux, et contre-nature, dont je n'ai point parlé, j'en ferai le sujet d'une seconde partie.

A Albi, le 1.er février 1825.

Cécile FAGETTE, née Fougeray.

TABLE
DES INSTRUCTIONS.

1.ère INSTRUCTION.

Des parties qui servent à l'accouchement; du bassin; des os qui le composent, de leur réunion, de leurs figures; de la division du bassin, et de ses diamètres... *p.* 1

2.e

Des vices de conformation du bassin et des moyens de les reconnaître, ou de s'assurer qu'il n'en existe pas 7

3.e

Des parties molles qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement.. 10

4.e

Des maladies et des vices des parties molles qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement..... 14

5.e

Des parties molles; des muscles; de l'in-

testin rectum ; de la vessie ; des vaisseaux ; des nerfs qui ont rapport à l'accouchement.. 19

6.e

De la génération ; de la conception ; de la grossesse ; de ses divisions ; de ses époques ; et de ses signes 23

7.e

Des changemens que la matrice éprouve pendant la grossesse ; de l'action de ce viscère ; de son déplacement, et de la manière d'y remédier. 26

8.e

Du produit de la conception ; de l'accroissement du fœtus ; de sa situation dans la matrice et de ses divisions. 31

9.e

De l'arrière-faix ; du placenta ; des membranes ; du cordon ombilical ; et des eaux.. 34

10.e

De la manière dont l'enfant se nourrit dans la matrice, et des changemens que

produit sur lui la respiration au moment de sa naissance..... 39

11.e

De l'accouchement; de ses divisions; de ses causes; des signes des différents temps du travail; des vraies et des fausses douleurs. 42

12.e

Du toucher; des précautions qu'on doit prendre pour toucher une femme, tant extérieurement qu'intérieurement; de la position à donner pour le toucher; des connaissances que l'on peut acquérir par ce moyen. 48

13.e

Des caractères qui servent à désigner par le toucher les différentes parties de l'enfant. 52

14.e

Des positions du sommet de la tête; observations sur chacune de ces positions; du mécanisme de l'accouchement naturel dans chacune..... 56

15.e

Des objets qu'il faut se procurer et met-

tre à sa portée dès le commencement du travail de l'accouchement; de la situation que l'on doit donner à la femme pour accoucher; et de la manière de rendre plus facile le développement de la tête et des épaules de l'enfant..... 73

16.e

Des soins qu'exige l'enfant d'abord après sa naissance; des signes qui annoncent qu'il est vivant ou mort; du temps et de la manière de faire la ligature du cordon ombilical; de l'emmaillotement; de la nourrice, et des qualités qu'elle doit avoir.... 75

17.e

Du mécanisme de la délivrance naturelle; des observations que l'on doit faire avant de délivrer la femme; de la manière de la délivrer dans tous les cas..... 84

18.e

Des soins à donner à l'accouchée lorsqu'elle est délivrée; de ses vêtemens; de la préparation de son lit; du régime qu'elle doit suivre; des tranchées; des lochies; de

leur suppression ; de la fièvre de lait, et de la fièvre puerpérale..... 93

19.e

Des causes qui peuvent rendre l'accouchement laborieux ou contre-nature, tant de la part de la mère que de l'enfant ou de l'arrière-faix, et des moyens d'y remédier..... 100

20.e

Du but qu'on se propose en terminant les accouchemens contre-nature ; des précautions à prendre avant de les terminer; et de l'opération césarienne..... 126

21.e

Des signes qui annoncent, pendant le travail, si l'enfant est vivant ou mort; de ceux de la grossesse des jumeaux; des différentes maladies auxquelles les femmes grosses sont sujettes; des remèdes à employer dans quelques circonstances, et du régime des femmes grosses..... 130

22.e

De la fausse grossesse qui a rapport à

la conception, et de celle qui n'y en a pas; de la môle; de ses espèces; de la fausse couche..... 137

23.e

Des pertes qui surviennent aux femmes avant, pendant la grossesse, durant le travail, ou après l'accouchement; des moyens d'y remédier; du tamponnement..... 143

Fin de la Table.

INSTRUCTIONS
SOMMAIRES
THÉORIQUES ET PRATIQUES
SUR LES ACCOUCHEMENS.

I.ère INSTRUCTION.

DES PARTIES qui servent à l'accouchement; du bassin; des os qui le composent, de leur réunion, de leurs figures; de la division du bassin, et de ses diamètres.

DEMANDE. *Comment divise-t-on les parties qui servent à l'accouchement?*

RÉPONSE. On divise les parties qui servent à l'accouchement, en actives et en passives; les actives servent à expulser le fœtus, et les passives forment le canal destiné à son passage.

On divise les parties passives en parties dures et en parties molles : les parties dures comprennent le bassin, et les parties molles le recouvrent, tant extérieurement qu'intérieurement.

D. *Qu'est-ce que le bassin?*

R. Le bassin, dépouillé des parties molles qui l'environnent de toutes parts, est une sorte de cavité osseuse et irrégulière, située au-dessous de

l'épine du dos dont elle est la base, et qui est soutenue par les os fémur.

La connaissance du bassin est indispensable pour l'art des accouchemens, parce que c'est du rapport qu'il y a entre la grandeur du bassin et la grosseur de la tête de l'enfant que dépend la facilité de l'accouchement.

D. *De combien d'os le bassin est-il formé, et quels sont-ils?*

R. Le bassin est formé de quatre os principaux : en arrière ce sont le sacrum et le coccix ; sur les côtés et devant, ce sont les os des îles. Chacun de ceux-ci est divisé, dans le fœtus et l'enfant, en trois autres : en devant c'est l'os pubis ; en bas l'os ischion ; en haut et par côtés l'os ilium proprement dit.

D. *Quelle est la figure de l'os sacrum?*

R. Le sacrum est plus large en haut qu'en bas, et représente une pyramide renversée, dont la base se joint à la dernière vertèbre lambaire ; son sommet est joint au coccix. Le sacrum a deux faces : l'antérieure est légérement courbée de derrière en devant ; et la postérieure est convexe et inégale. Ses bords se joignent supérieurement avec les os des îles.

On observe dans la courbure du sacrum huit trous qui donnent passage aux nerfs et aux vaisseaux sacrés.

La longueur de l'os sacrum est d'environ quatre pouces et demi ; sa plus grande largeur de quatre pouces ; et son épaisseur, qui ne varie presque jamais, de deux pouces et demi dans sa partie supérieure.

D. *De combien de pièces le coccix est-il formé; et quelle est sa figure?*

R. Le coccix est formé de trois pièces; il ressemble comme l'os sacrum à une pyramide renversée. Il est long d'environ un pouce et joint par sa base au sommet du sacrum.

Sa largeur et son épaisseur diminuent insensiblement jusqu'à son extrémité inférieure.

D. *Quelle est la forme de l'os pubis?*

R. L'os pubis est triangulaire dans son milieu; applati du côté de sa jonction avec son semblable; et médiocrement épais vers l'extrémité qui correspond à la cavité cotiloïde dont il fait partie. Il contribue aussi à former la marge du bassin.

D. *Quelle est la direction de la branche du pubis?*

R. La branche du pubis se porte en descendant vers le trou ovalaire, et cette inclinaison étant plus grande chez les femmes que chez les hommes, il en résulte que l'arcade est plus large vers son sommet. Cette disposition favorise l'accouchement.

D. *Quelle est la figure et la situation de l'os des îles?*

R. L'os des îles a une forme à-peu-près triangulaire, et il est situé à la partie latérale et supérieure du bassin.

On remarque à l'os des îles deux faces, l'une interne et l'autre externe; trois bords, un supérieur, un antérieur et un inférieur. On divise la face interne de l'os des îles en deux parties, dont l'une est supérieure et l'autre inférieure: la supé-

rieure est la plus large, légèrement concave, et forme la fosse iliaque ; l'inférieure fait partie de la marge et de la cavité du petit bassin.

D. *Quelle est la figure et la situation de l'os ischion ?*

R. L'os ischion a une figure très-irrégulière ; il est placé au-dessous de l'os des îles, et il fait partie de la cavité du bassin, du trou ovalaire, de la cavité cotyloïde et de l'arcade des os pubis.

On remarque à l'os ischion une éminence arrondie qu'on appèle tubérosité ischiatique ; une production assez aiguë d'un demi pouce de longueur, nommée épine ischiatique ; et une partie désignée sous le nom de branche ascendante, qui va joindre le pubis antérieurement, et contribue à former son arcade.

D. *Quelle est la figure et l'étendue de l'arcade du pubis ?*

R. Cette arcade est arrondie dans sa partie supérieure où l'écartement de ses branches n'est que de quinze à vingt lignes ; mais il augmente insensiblement en descendant, au point que dans la partie la plus inférieure il est de trois pouces et demi à quatre pouces.

D. *Par quels moyens les os du bassin sont-ils unis ensemble ?*

R. Les os du bassin sont unis ensemble par des cartilages et des ligamens ; leur réunion s'appelle symphise.

Il y a quatre principales symphises au bassin : la symphise sacro-vertébrale, au moyen de laquelle

l'os sacrum est uni à la dernière vertèbre lombaire ; les symphises sacro-iliaques qui joignent l'os sacrum avec les os des îles ; et la symphise des pubis qui se trouve entre les deux os du même nom.

On divise le bassin en grand et en petit : le grand bassin est très-évasé sur les côtés, très-échancré en devant ; on remarque en arrière la saillie des vertèbres, et sur les côtes les fosses iliaques ; sa largeur est de huit à neuf pouces de la crête d'un os des îles à l'autre, et sa profondeur de trois à quatre.

Le petit bassin a la figure d'un canal dont l'entrée et la sortie sont plus étroites que le milieu, ce qui fait qu'on y distingue deux détroits, l'un supérieur qui en constitue l'entrée, et l'autre inférieur qui en fait la sortie ; entre ces deux détroits se trouve une excavation.

D. *Quels sont les diamètres du détroit supérieur du petit bassin, et quels sont leurs noms ?*

R. Il y a quatre diamètres au détroit supérieur du petit bassin. Le plus petit, nommé antéro-postérieur, est d'environ quatre pouces ; il s'étend du sacrum au pubis. Le plus grand, nommé diamètre latéral, a environ cinq pouces, et s'étend d'un os des îles à l'autre ; les deux autres ont environ quatre pouces et demi, ils vont d'une cavité cotyloïde à la symphise sacro-iliaque du côté opposé : on les nomme diamètres obliques.

On observe également quatre diamètres au détroit inférieur du petit bassin, celui de devant en arrière, le transversal et les deux diagonaux.

La longueur de ces diamètres est de quatre pouces.

D. *Qu'observe-t-on dans l'excavation du petit bassin?*

R. On observe dans l'excavation du petit bassin la partie moyenne, qui est un peu plus large de devant en arrière que ne sont ses détroits dans la même direction; cela dépend de la courbure du sacrum.

Cette courbure, dans un degré modéré, favorise l'accouchement; mais son excès ou son défaut peuvent lui être nuisibles : elle diminue les frottemens multipliés et long-temps continus que la tête de l'enfant éprouverait si le bassin avait par tout la même largeur : d'un autre côté elle prévient les effets de la forte pression des nerfs sacrés que la forme applatie du sacrum aurait rendus inévitables pendant tout le trajet de la tête.

D. *Quelle est la profondeur de la cavité du petit bassin?*

R. La profondeur de la cavité du petit bassin est de quatre à cinq pouces en arrière, trois pouces et demi ou environ sur les côtés, et au plus dix-huit lignes en devant.

D. *Quel est l'axe du bassin?*

R. L'axe du bassin n'est pas facile à déterminer, parce qu'une même ligne verticale ne pourrait passer à-la-fois par le centre des deux détroits, et que d'ailleurs celle qu'on assignerait ne pourrait être la même, ni dans tous les sujets, ni dans toutes les attitudes du corps : on y supplée en supposant un axe particulier pour chacun des dé-

troits du bassin ; celui du détroit supérieur part d'au-dessous de l'ombilic, et se rend à la partie moyenne de la courbure du sacrum, et quelquefois plus bas, suivant l'inclinaison du bassin, et se porte ainsi de devant en arrière ; celui du détroit inférieur commence à l'extrémité supérieure du sacrum, et passe au centre du vagin dilaté par la tête de l'enfant, pour se terminer au-dessous de l'arcade du pubis ; sa direction est donc de derrière en devant.

2.e INSTRUCTION.

Des vices de conformation du bassin et des moyens de les reconnaître, ou de s'assurer qu'il n'en existe pas.

D. *Quels sont les effets des vices de conformation du bassin, considérés relativement à l'accouchement ?*

R. Les vices de conformation du bassin, considérés relativement à l'accouchement, attaquent principalement le petit bassin ; ils viennent tous de ce qu'il est trop large ou trop étroit : lorsqu'il est trop large, il peut en résulter plusieurs inconvéniens, et même des accidents dans le temps de la grossesse et à l'époque de l'accouchement ; s'il est trop étroit, il retarde plus ou moins la sortie

de l'enfant, et la rend quelquefois impossible par les voies ordinaires.

D. *Quels sont ces vices de conformation du petit bassin qui peuvent retarder l'accouchement, ou le rendre impossible par les voies ordinaires ?*

R. Les vices de conformation du petit bassin qui peuvent retarder l'accouchement, ou le rendre impossible par les voies ordinaires, sont l'étroitesse du petit bassin dans son diamètre antéro-postérieur; l'inégalité de grandeur des deux côtés du petit bassin; les os du pubis trop rapprochés de l'os sacrum; l'os sacrum qui est trop ou qui n'est pas assez convexe; des exostoses formées dans la cavité du bassin; la partie inférieure de l'os sacrum trop portée vers le pubis; les pièces du coccix soudées entr'elles, ou la courbure de cet os trop grande; les tubérosités ischiatiques trop rapprochées; les épines ischiatiques trop longues, ou dans une mauvaise direction; l'arcade du pubis trop retrécie.

Lorsque le petit bassin est trop grand, cette disposition occasionne quelquefois une descente de matrice dans le temps de la grossesse, jusqu'au quatrième ou cinquième mois. Il peut en résulter un grand nombre d'incommodités relatives au poids de la matrice sur les parties molles contenues dans le bassin et dans le travail de l'accouchement, une descente de matrice, la sortie trop prompte de l'enfant et tous les accidens qui en sont les suites.

D. *Quels sont les cas où l'enfant ne peut s'engager dans le petit bassin ?*

R. L'enfant ne peut pas s'engager dans le petit bassin, lorsque le détroit supérieur n'a que deux pouces dans son diamètre antéro-postérieur, et que la tête du fœtus à terme est d'une grosseur et d'une solidité ordinaires. Comme l'opération césarienne devient indispensable en pareil cas, on doit appeler un chirurgien; mais il arrive le plus souvent que le resserrement de ce détroit n'est pas si considérable, et les instrumens, tels que les forceps et le levier, suffisent pour terminer l'accouchement, ce qui rend très-rare la nécessité de pratiquer l'opération césarienne.

La section de la symphise du pubis est aussi un des moyens connus pour remédier à l'étroitesse du détroit supérieur du petit bassin; mais les accoucheurs doivent seuls faire ces opérations.

D. *Comment peut-on connaître qu'il existe des vices de conformation au bassin?*

R. On peut connaître qu'il existe des vices au bassin, en passant extérieurement la main sur les os des îles, pour juger s'ils sont trop écartés ou trop rapprochés; sur les os pubis, pour savoir s'ils sont applatis; sur l'os sacrum, afin de connaître s'il est trop ou pas assez convexe.

Ces différens examens réussissent mieux chez les femmes maigres. On peut juger de l'étendue des diamètres du détroit inférieur, en portant intérieurement le doigt indicateur d'une tubérosité de l'os ischion à l'autre, et de la partie inférieure du sacrum à l'arcade du pubis.

Pour connaître celle du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, on aura la facilité de se servir du compas d'épaisseur chez les filles, et du pelvi-met chez les femmes : ce sont les moyens les plus sûrs.

On est presque certain qu'il n'existe pas des vices de conformation au bassin, toutes les fois qu'une femme est accouchée d'un enfant à terme, d'une grosseur et d'une solidité ordinaires, sans l'emploi d'aucun instrument.

3.e INSTRUCTION.

Des parties molles qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement.

D. *Comment divise-t-on les parties molles qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement?*

R. On divise les parties molles qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement, en externes et internes. Les parties molles externes sont principalement les grandes lèvres et les nymphes, qui fournissent à l'augmentation de l'entrée du vagin vers la fin du travail.

Les parties molles internes sont le vagin et son orifice, la matrice, ses ligamens, les trompes et les ovaires.

D. *Qu'est-ce que la matrice, et où est-elle située?*

R. La matrice est l'organe dans lequel s'accomplit presque toujours la génération; c'est un viscère charnu, membraneux et vasculeux, qui est situé dans le bassin, entre le rectum et la vessie, avec lesquels il a des connexions.

La matrice ressemble à une petite bouteille applatie; sa longueur est d'environ deux pouces et demi; sa largeur est d'un pouce et demi ou deux pouces, et son épaisseur à-peu-près d'un pouce.

On divise la matrice en fond, en corps et en col; le fond est la partie la plus élevée; le col est la plus basse; le corps est la partie moyenne, et se trouve entre le fond et le col.

Considérée extérieurement, la matrice a deux faces légérement arrondies, l'une est antérieure, et l'autre postérieure; elle a trois bords, dont l'un forme le fond, et les deux autres les côtés; trois angles, deux supérieurs et latéraux, et un inférieur qui fait saillie dans le vagin, et qu'on appèle le museau de tanche.

D. *La matrice est-elle enveloppée dans quelques membranes?*

R. La matrice est recouverte extérieurement par un repli du péritoine qui l'enveloppe en forme de poche, et se réfléchit sur les côtés pour constituer ses ligamens.

On apperçoit, en ouvrant la matrice, la cavité de ce viscère, dont le fond et le corps sont d'un tissu spongieux, qui devient plus serré dans le col.

D. *Quelle est l'épaisseur ordinaire des parois de la matrice ?*

R. L'épaisseur ordinaire des parois de la matrice est de trois à quatre lignes. Quoique la cavité du corps et celle du col de la matrice n'en forment, à proprement parler, qu'une ; on les distingue cependant l'une de l'autre.

On observe à la cavité du corps sa figure triangulaire et son étendue, qui est telle que, chez les filles, elle ne contiendrait guère qu'une grosse fève. Cette cavité se termine en haut et sur les côtés par deux orifices très-petits, qui sont l'entrée des trompes, et en bas par une autre ouverture plus longue, nommée orifice interne.

La cavité du corps de la matrice est tapissée d'une membrane très-mince, aussi adhérente au tissu de ce viscère, que le péritoine qui la recouvre extérieurement.

D. *A quoi ressemble le col de la matrice ?*

R. Le col de la matrice est un espèce de canal long d'environ un pouce, un peu plus large dans son milieu que vers ses extrémités. La meme membrane tapisse cette cavité et celle du corps.

Le col de la matrice s'ouvre dans le vagin par une fente transversale, dite orifice externe : cet orifice ressemble au museau d'une tanche ou d'un chien qui vient de naître ; il est en général plus gros et plus rond chez les femmes qui ont eu des enfans ; ses bords, alors presque toujours béants sont plus ou moins inégaux : quelquefois on y re-

marque une seule échancrure, et d'autres fois il y en a plusieurs.

D. *Par quels moyens la matrice est-elle fixée dans le bassin?*

R. La matrice est fixée dans le bassin par quatre ligamens principaux, qui sont des replis du péritoine, deux larges et deux ronds. Les ligamens larges partent des côtés de la matrice, et s'attachent vers les régions lombaires; les ligamens ronds ressemblent à des cordons, descendent des angles supérieurs de la matrice, se recourbent ensuite vers les os pubis, pour sortir par les anneaux des muscles obliques, et aller se perdre dans les environs des aînes, où ils se divisent en plusieurs branches et forment une espèce de patte d'oie.

D. *Qu'est-ce que les trompes de fallope?*

R. Les trompes de fallope sont des canaux longs de quatre à cinq travers de doigts, qui naissent des parties latérales et supérieures de la matrice; ils sont si étroits du côté de ce viscère, que leur orifice admet à peine un très-petit fil; ils se terminent par une ouverture assez large, qu'on nomme pavillon de la trompe, et dont le bord est découpé et comme frangé : ce bord, qui est flottant dans la cavité du bassin, a reçu le nom de morceau frangé.

D. *Qu'est-ce que les ovaires?*

R. Les ovaires sont des corps blanchâtres, d'apparence glanduleuse, du volume et de la figure d'une grosse fève; ils sont placés de champ, derrière et dans l'épaisseur des ligamens larges qui les unissent

à la matrice et derrière l'origine des trompes. Ces corps se flétrissent et se dessèchent dans la vieillesse.

D. *Qu'est-ce que le vagin ? où est-il situé?*

R. Le vagin est un canal membraneux, situé dans la cavité du petit bassin, entre l'intestin rectum et la vessie. Ce canal est un peu recourbé du côté des os pubis ; son extrémité postérieure embrasse le col de la matrice, environ un demi pouce au-dessus de son orifice externe ; son extrémité inférieure forme l'entrée ou l'orifice du vagin.

D. *Quelles sont les membranes du vagin?*

R. Le vagin est formé de deux membranes, l'une interne et l'autre externe ; l'interne, plus étendue et d'un tissu plus serré, forme une infinité de replis qui diminuent beaucoup l'étendue de ce canal et qui facilitent sa dilatation.

4.e INSTRUCTION.

Des maladies et des vices des parties molles qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement.

D. *Quelles sont les maladies principales qui peuvent attaquer les parties molles de la génération ?*

R. Il peut se former dans le vagin des brides, des cicatrices, des tumeurs, des callosités, des polypes, une hernie de vessie : dans la matrice,

des polypes, des engorgemens, un squirre total ou partiel, des ulcères, etc. Si, en portant le doigt dans le vagin au moment de l'accouchement, on se trouve arrêté dès l'entrée de ce canal ou dans quelqu'autre de ses points, de manière à ne pouvoir pénétrer jusqu'au col de la matrice, on doit recourir à un chirurgien; mais il arrive souvent que la tête du fœtus franchit seule les obstacles que lui opposent les vices des parties molles, ce qui prouve qu'ils sont bien moins dangereux que les vices du bassin; cependant il est toujours de la prudence d'avoir recours à un accoucheur, toutes les fois que ces obstacles retardent l'accouchement.

D. *Qu'est-ce qu'un polype ?*

R. Le polype est un excroissance charnue, plus ou moins dure, dont le sommet est ordinairement plus volumineux que la base, et qui est susceptible d'un accroissement très-considérable, si on n'y remédie par les procédés que la chirurgie indique, et dont le principal est la ligature.

Si c'est au moment de l'accouchement qu'on reconnaît l'existence d'un polype, il est le plus souvent inutile d'appeler du secours; mais, hors le temps de la grossesse, le polype pouvant, par son accroissement donner lieu à des accidens considérables, il est indispensable de s'adresser aux hommes de l'art.

D. *A quel signe reconnaît-on la hernie de la vessie ?*

R. On reconnaît la hernie de la vessie par une tumeur aqueuse, facile à reconnaître au toucher, qu'on observe entre le col de la matrice et les os pubis, et qui diminue beaucoup lorsque la femme vient d'uriner. Cette poche ne change point de figure dans le temps des douleurs de l'accouchement : dans ce cas, il faut faire garder le lit à la malade, et avoir recours à un accoucheur.

D. *A quel signe reconnaît-on l'engorgement de la matrice ?*

R. On reconnaît l'engorgement de la matrice par le toucher, tant extérieur qu'intérieur ; par le volume et le poids de ce viscère : le traitement en doit être confié de suite à un chirurgien.

D. *Qu'est-ce que le squirre de la matrice ?*

R. C'est un engorgement qui a acquis le dernier degré d'endurcissement. Le squirre est insensible ; il peut être partiel ou affecter toutes les parties de la matrice : dans ce dernier cas, il est d'un volume très-considérable. L'écoulement fétide et purulent, s'il en existe, annonce qu'il est compliqué d'un ulcère qui est souvent cancéreux.

D. *Combien distingue-t-on d'espèces d'ulcères à la matrice ?*

R. On distingue quatre espèces d'ulcères ; l'ulcère simple, l'ulcère fongueux ou lymphatique, le vénérien et le carcinamateux. (1)

---

(1) Il suffit qu'une sage-femme connaisse les signes caractéristiques de ces ulcères, sans entrer dans leur première cause. On en parle ici seulement pour qu'elle ne commette point d'erreur.

D. *Qu'est-ce que l'ulcère simple ?*

R. L'ulcère simple est celui qui survient à la matrice sans que la femme éprouve aucun accident ; il suppure et se guérit spontanément ; cette suppuration se confond souvent avec ce qu'on nomme fleurs blanches ; les causes de l'ulcère simple, qui dépendent de l'accouchement, sont de déchirures faites au col de la matrice ou à quelqu'autre partie, dans un accouchement forcé, ou bien les restes d'un placenta trop adhérent.

D. *A quel signe distingue-t-on l'ulcère fongueux ?*

R. On distingue l'ulcère fongueux à des pertes de sang considérables qui reviennent de temps en temps, et sont accompagnées d'un écoulement presque continuel de lymphe blanche, ou quelquefois sanguinolente. En touchant le col de la matrice, on le trouve dur, inégal et beaucoup plus gros que dans l'état naturel : quelquefois aussi il n'est nullement affecté, mais simplement entr'ouvert pour donner passage à un morceau de chair fongueux, dont les attaches sont au-dedans, tandis que l'extrémité vient s'épanouir dans le vagin en forme de champignon. Ces sortes d'excroissances sont quelquefois d'une forme et d'un volume qui les ont fait prendre pour une môle ou pour une tête d'enfant.

D. *Quels sont les symptômes des ulcères vénériens ?*

R. L'ulcère vénérien s'annonce presque tout-à-coup par un écoulement blanc, qui se fait par la

matrice, et qui pourrait être pris pour des fleurs blanches, si on ne rencontrait dans les autres parties molles de la génération, des chancres, des ulcères, des excroissances, qui ne peuvent laisser aucun doute sur sa nature : les traitemens vénériens sont les seuls qui conviennent.

D. *Quels sont les symptômes de l'ulcère cancereux?*

R. L'ulcère cancereux survient ordinairement à l'âge critique; il s'annonce par des pertes de sang irrégulières, des douleurs cruelles et fréquentes, par l'écoulement d'une sanie rougeâtre, corrosive et d'une odeur fétide; il occasionne des désordres étonnants dans la matrice, il en augmente sur-tout la sensibilité, au point qu'on ne peut en approcher le doigt sans causer à la malade des douleurs inouies. Cette terrible maladie exige les soins réunis de la chirurgie et de la médecine, qui n'ont pu encore y appliquer qu'un traitement palliatif.

D. *Quels sont les vices les plus ordinaires des parties molles de la génération?*

R. Les vices ordinaires des parties molles de la génération, sont une membrane qui peut fermer en partie l'orifice du vagin ou celui de la matrice, ou bien former une cloison transversale dans la partie moyenne du vagin; ce canal peut encore s'ouvrir dans le rectum.

On reconnaîtra les vices des parties molles, en portant le doigt dans le vagin, où il se trouve arrêté à l'orifice ou dans quelqu'autre point de ce

conduit, ou à l'orifice de la matrice ; dans ce cas on doit avoir recours à un chirurgien.

5.e INSTRUCTION.

DES PARTIES MOLLES ; des muscles ; de l'intestin rectum ; de la vessie ; des vaisseaux ; des nerfs qui ont rapport à l'accouchement.

D. *Suffit-il de connaître le bassin du squelette pour la pratique des accouchemens ?*

R. Non, il faut encore considérer le bassin dans ses rapports avec les parties molles qui l'environnent de toutes parts ; car quelques-unes d'entr'elles changent beaucoup sa forme et ses dimensions.

Les muscles qui, dans l'intérieur du bassin, contribuent à diminuer ses dimensions, sont principalement l'iliaque et le psoas ; ces muscles rétrécissent le diamètre latéral ; l'iliaque remplit toute la fosse du même nom ; il est composé de fibres en rayon. Le psoas descend le long de la partie latérale des vertèbres lombaires, vers le bord du détroit supérieur jusqu'au-dessus de la cavité cotyloïde ; là il se réunit à l'iliaque, et ils vont ensemble s'attacher, par un tendon très-fort, à une éminence de l'os fémur, qu'on appelle le petit trochanter. Il y a encore d'autres muscles à l'intérieur du bassin ; mais qui n'en diminuent la cavité que très-peu, ou

point du tout ; tels sont en arrière les pyramidaux des cuisses, le carré en avant, les obturateurs internes et les releveurs de l'anus qui embrassent l'intestin rectum et la vessie vers son col.

D. *Quels sont les muscles situés hors du bassin qui servent à l'accouchement ?*

R. Les muscles situés hors du bassin qui servent à l'accouchement, sont principalement le diaphragme et les muscles du bas-ventre.

D. *Qu'est-ce que le diaphragme ?*

R. Le diaphragme est un muscle en partie charnu et en partie tendineux, qui sépare, en manière de cloison, la poitrine du bas-ventre ; c'est le principal agent de la respiration : en se contractant, il s'abaisse vers l'abdomen, il comprime les viscères qui y sont contenus, et contribue ainsi à expulser le fœtus lors de l'accouchement.

D. *Combien y a-t-il de muscles au bas-ventre, et quels sont-ils ?*

R. On compte dix muscles au bas-ventre, cinq de chaque côté ; les obliques externes, les obliques internes, les transverses, les droits et les pyramidaux. On peut y joindre les carrés ou triangulaires des lombes.

D. *Quelles sont les attaches des muscles du bas-ventre ?*

R. Les obliques et les transverses s'attachent aux vertèbres lombaires, aux dernières vraies côtes, à toutes les fausses, à la crête des os des îles ; les muscles droits descendent de la partie antérieure

et inférieure de la poitrine, à la face antérieure du corps des os pubis ; les deux tiers supérieurs de ces muscles sont logés dans une espèce de gaîne aponévrotique, formée par les muscles obliques internes, qui se divisent en deux lames. Le tiers inférieur est appliqué sur le péritoine, et est couvert en partie extérieure par les muscles pyramidaux, qui montent de l'angle des os pubis à la ligne blanche. Les triangulaires ou carrés des lombes, s'étendent de la dernière fausse côte, et des apophises transverses de la première vertèbre lombaire, à la partie postérieure de la crête des os des îles.

D. *Qu'est-ce que la ligne blanche?*

R. La ligne blanche est l'espace qui sépare les muscles droits ; elle représente une espèce de bande, formée par la jonction des aponévroses des muscles obliques et transverses des deux côtés.

D. *Que remarque-t-on sur les parties latérales et postérieures du détroit inférieur du petit bassin?*

R. On remarque sur les parties latérales et postérieures du détroit inférieur du petit bassin, le grand et le petit ligament sacro-ischiatique, qui servent à compléter le bord du détroit inférieur, et qui se rendent, l'un du sacrum à la tubérosité ischiatique, et l'autre du même os à l'épine ischiatique.

D. *Qu'est-ce que le rectum, et quelle est sa situation?*

R. Le rectum est le dernier des gros intestins ; il est placé devant le sacrum, sur le côté gauche de la saillie qu'il forme, et il tient à cet os par un

tissu cellulaire très-lâche. Les excrémens long-temps retenus et accumulés dans le rectum, peuvent produire de mauvais effets; le plus remarquable est de donner lieu à une obliquité de matrice.

D. *Qu'est-ce que la vessie, et quelle est sa situation?*

R. C'est une poche membrano-musculeuse, qui sert à contenir l'urine que les uretères y portent des reins. Lorsqu'elle est dans son état de vacuité, elle est presque entièrement contenue dans le petit bassin; mais lorsqu'elle se trouve pleine, son fond fait saillie au-dessus du pubis. L'augmentation de volume de la matrice pendant la grossesse, contribue à la tenir dans un état habituel d'élévation.

D. *Quels sont les gros vaisseaux du bassin?*

R. Ce sont les iliaques, les hémorroïdaux et les sacrés. Pendant la grossesse, la matrice chargée du poids du fœtus, les comprime, ce qui peut occasionner différentes incommodités.

D. *Quels sont les nerfs qui peuvent éprouver quelques lésions remarquables pendant l'accouchement?*

R. Les nerfs qui peuvent éprouver quelques lésions remarquables pendant l'accouchement, sont les extrémités du grand nerf sympatique et les nerfs sacrés. C'est à la compression qu'exerce la tête de l'enfant sur ces cordons nerveux, qu'on doit attribuer les crampes et les tremblemens convulsifs que les femmes éprouvent dans les cuisses et les jambes, pendant le travail de l'accouchement.

6.e INSTRUCTION.

De la génération ; de la conception ; de la grossesse ; de ses divisions ; de ses époques ; et de ses signes.

D. *Qu'est-ce que la génération ?*

R. C'est l'acte par lequel un homme et une femme produisent leur semblable.

On a imaginé beaucoup de systêmes sur cette question importante ; mais aucun n'est appuyé de preuves incontestables.

Le systême sur la génération qui paraît le plus probable, c'est celui des ovaristes ; car il paraît assez certain que les ovaires contiennent une infinité de petits œufs, qui après avoir été fécondés, se rendent dans la matrice par le moyen des trompes de fallope.

D. *Qu'est-ce que la conception ?*

R. La conception est l'union des principes que fournissent à la génération d'un nouvel être l'un et l'autre sexe.

Il n'y a rien de certain sur le lieu où s'opère la conception ; mais on ne peut nier qu'elle ne se fasse quelquefois dans l'ovaire, puisqu'on y a trouvé des portions de fœtus, et même des fœtus entiers. Si d'autres fois on en a trouvés dans les trompes, on

peut en conclure que la conception a pu s'y faire, ou au moins que ces conduits servent à transmettre dans la matrice le corps qui en est le produit. La conception peut avoir lieu ailleurs que dans les trompes et les ovaires. On a trouvé des fœtus dans la cavité du bas-ventre, après la rupture de la trompe ou de l'enveloppe de l'ovaire.

D. *Qu'est-ce que la grossesse?*

R. La grossesse est l'état où se trouve la femme depuis l'instant de la conception jusqu'à la sortie des corps qui en sont le produit. On distingue en général deux espèces de grossesses; la vraie et la fausse. Dans la vraie grossesse, la matrice contient un ou plusieurs fœtus; dans la fausse, ce viscère renferme ordinairement une môle; c'est-à-dire une masse informe, qui est tantôt charnue et tantôt vessiculaire.

On donne encore le nom de fausse grossesse, à cet amas de sang, d'eaux, d'humeurs glaireuses qui se forment dans la matrice, ainsi qu'à une collection d'air dans ce viscère, dite tympanite de matrice, parce que ces maladies sont toujours accompagnées de quelques-uns des signes rationnels de la grossesse, et qu'elles augmentent le volume du ventre.

On divise la grossesse par rapport au lieu où se trouve le produit de la conception, en grossesse de matrice ou utérine, en grossesse tubaire ou des trompes, en grossesse des ovaires, et en grossesse abdominale ou du bas-ventre.

Ces trois dernières grossesses se désignent aussi sous le nom de grossesse extra-utérine.

D. *Comment divise-t-on la grossesse de matrice?*

R. En simple, en composée et en compliquée. La grossesse est simple lorsqu'il n'y a dans la matrice qu'un fœtus avec ses dépendances : elle est composée lorsque la matrice contient plusieurs fœtus avec leurs dépendances : elle est compliquée lorsqu'il existe dans la matrice un ou plusieurs fœtus avec une môle, ou lorsque dans l'une des trois divisions ce viscère est en même-temps attaqué de quelque maladie.

D. *En combien d'époques divise-t-on la grossesse, et comment les distingue-t-on?*

R. On divise la grossesse en trois époques : la première prend du moment de la conception jusqu'à la fin du troisième mois ; la seconde depuis le commencement du quatrième mois jusqu'à la fin du sixième ; la troisième comprend tout le temps qui s'écoule depuis le commencement du septième mois jusqu'à la fin du neuvième : chacune de ces époques est marquée par quelques signes particuliers.

D. *Comment divise-t-on les signes de la grossesse?*

R. On divise les signes de la grossesse en signes rationnels et en signes sensibles. Les signes rationnels sont la suppression des règles sans causes accidentelles, les nausées, les dégoûts, les appétits dépravés, les crachemens, les vomissemens, le gonflement des mamelles, le cercle brun autour des mamellons ; et à la seconde époque, l'élévation du ventre. Les signes sensibles sont les mouvemens de l'enfant et

les changemens que la matrice éprouve pendant la grossesse, changemens dont la connaissance ne peut s'acquérir que par le toucher.

7.e INSTRUCTION.

Des changemens que la matrice éprouve pendant la grossesse ; de l'action de ce viscère ; de son déplacement, et de la manière d'y remédier.

D. *Quels sont les changemens que la matrice éprouve pendant la grossesse ?*

R. La matrice n'éprouve presque aucun changement jusqu'au terme de trois mois. Mais au commencement du quatrième, le fond de la matrice s'élève au-dessus des os pubis ; au cinquième, il se trouve un peu au-dessous du nombril, qu'il surpasse à la fin du sixième ; au septième, on le sent dans la région épigastrique ; au huitième et au neuvième, il est à la hauteur de l'estomac ; mais il descend un peu ordinairement vers la fin du neuvième.

Jusqu'au sixième mois, la matrice n'éprouve de dilatation que dans son fond et dans son corps ; mais ensuite son col se développe ; et lorsqu'il est totalement effacé, le travail de l'accouchement s'annonce par la dilatation de son orifice.

La matrice ne conserve pas par-tout la même

épaisseur pendant la grossesse : la partie où tient le placenta est plus épaisse ; et vers la fin de la grossesse, les parois du col diminuent sensiblement vers son orifice, où elles n'ont souvent que l'épaisseur de deux ou trois feuilles de papier.

D. *Quelle est l'action de la matrice?*

R. La matrice jouit d'une double action, étant élastique et irritable. Par sa force d'élasticité, elle tend continuellement à revenir sur elle-même quand elle a été distendue ; mais c'est par sa force de contraction qu'elle parvient à expulser les corps qui y sont contenus.

D. *Quels sont les déplacemens que la matrice peut éprouver dans l'état de vacuité, comme dans l'état de grossesse?*

R. Dans tout le cours de la vie, la matrice est sujette à des descentes incomplètes et complètes ; à la retroversion, à l'antéversion, et vers la fin de la grossesse, à différentes obliquités.

La descente de matrice est incomplète, lorsque son col se présente seulement à l'orifice du vagin. Elle est complète, lorsque son col dépasse l'orifice du vagin.

D. *Quelles sont les causes de la descente de matrice dans l'état de vacuité?*

R. Les causes de la descente de matrice dans l'état de vacuité, sont la grandeur du petit bassin, le relâchement des ligamens, les efforts violens, les travaux auxquels se livrent quelquefois les femmes après leur accouchement : elle peut être aussi la

suite d'un accouchement laborieux. Dans l'état de grossesse, la descente peut avoir lieu jusqu'au sixième mois, et reparaître au moment de l'accouchement.

Dans l'état de vacuité, comme dans celui de grossesse, la descente de matrice cause des douleurs dans les reins, les aînes et les cuisses, de la faiblesse et une sorte d'anéantissement. Si la descente est complète, la femme éprouve de la difficulté à se tenir debout, à marcher, à uriner et à aller à la garderobe. Quelle que soit l'espèce de descente, on prescrira le repos à la malade, qui restera étendue sur son lit : si ce moyen ne réussit pas, on appliquera un pessaire.

D. *Qu'entend-t-on par la rétroversion et l'antéversion de la matrice ?*

R. La rétroversion est le déplacement dans lequel le fond de la matrice est porté vers le sacrum, et le col vers le pubis.

Dans l'antéversion, au contraire, le fond est tourné vers le pubis, et le col vers le sacrum ; l'un et l'autre déplacemens peuvent être plus ou moins complets. L'antéversion est plus rare et moins fâcheuse que la rétroversion. L'antéversion et la rétroversion peuvent avoir lieu sans que la femme soit grosse. Mais elles ne peuvent plus avoir lieu après le troisième ou le quatrième mois. A cette époque la matrice a acquis un tel volume, qu'elle ne peut plus éprouver ces déplacemens. Lorsqu'ils sont possibles, ils s'opèrent insensiblement, ou presque subitement. Ainsi, le poids des viscères du

bas-ventre peut les occasionner peu-à-peu ; tout comme ils peuvent survenir subitement par les efforts que fait une femme pour vomir, pour aller à la selle, pour uriner, ou par des coups, ou par des chûtes.

Pour remédier à l'antéversion ou à la rétroversion de la matrice, il faut tâcher de faire évacuer les urines et les matières fécales. S'il y a inflammation, on fait saigner la femme, on emploie les fomentations émollientes, les injections vaginales, et les bains tièdes ; et quand le calme est rétabli, s'il y a rétroversion, on fait placer la malade sur ses coudes et sur ses genoux, de manière que le bassin soit plus élevé que le ventre : on introduit plusieurs doigts dans le vagin, vers la partie postérieure, afin de ramener le fond de la matrice en haut et en avant. S'il y a antéversion, au contraire, on donne à la femme la position horizontale, les genoux fléchis et élevés : on dirige les doigts vers la partie antérieure, et on repousse le fond de la matrice en haut et en arrière : il arrive souvent qu'on ne réussit à cette opération qu'après plusieurs tentatives. L'antéversion ou la rétroversion venant d'être réduites, on doit prescrire le repos, recommander d'éviter tout effort violent, et appliquer un pessaire.

Si l'on ne remédie pas à ces déplacemens, il peut en résulter l'avortement si la femme est enceinte, et si elle ne l'est point, l'inflammation de la matrice et la mort qui en est souvent la suite.

D. *Combien y a-t-il d'obliquités de matrice, et quelle est leur direction ?*

R. Il y en a trois : la plus ordinaire est celle où le fond de la matrice se porte vers la partie latérale droite ; vient ensuite l'obliquité antérieure, dans laquelle elle est inclinée vers les os pubis ; la troisième, qui est assez rare, est celle où le fond de la matrice se porte vers la partie latérale gauche.

D. *Quelles sont les causes des obliquités de la matrice ?*

R. Il n'est pas facile d'assigner les causes des obliquités latérales ; mais on pense qu'elles sont déterminées par les relations de la matrice avec l'intestin rectum, lorsque les matières fécales y séjournent ; par l'S romain du colon ; par la convexité antérieure de la colonne lombaire ; et par la position que prennent les intestins grêles, relativement à la matrice qui les soulève à mesure qu'elle monte dans la cavité abdominale.

D. *Quelle est la cause de l'obliquité antérieure de la matrice ?*

R. C'est le peu de résistance que lui opposent les parois de l'abdomen, qui, chez quelques femmes, devenues mères plusieurs fois, prêtent au point que le ventre tombe en forme de besace ; on doit alors le soutenir par un bandage de corps.

D. *Comment reconnaît-on en général l'obliquité de la matrice pendant la grossesse ?*

R. On la reconnaît en passant extérieurement une main vers le fond de la matrice ; on la trouve

déviée ; et en touchant intérieurement, on trouve le plus souvent son orifice du côté opposé à son fond ; mais il arrive quelquefois que la matrice forme la cornemuse et que son col s'avance du côté où est porté son fond. (*V.* 19.e *instruction.*)

8.e INSTRUCTION.

Du produit de la conception ; de l'accroissement du fœtus ; de sa situation dans la matrice et de ses divisions.

D. *Quel est le produit de la conception ?*

R. C'est ordinairement un ou plusieurs fœtus ; mais il arrive aussi quelquefois qu'aulieu de fœtus il se forme dans la matrice une substance charnue inorganique, à laquelle on a donné le nom de môle et dont nous avons parlé (*V.* 6.e *instruct.*)

D. *A quel terme de la grossesse les premiers rudimens du fœtus peuvent-ils s'apercevoir, et de quelle manière se fait son développement ?*

R. On prétend qu'au bout d'un mois le fœtus est de la grosseur d'une fourmi ; qu'à six semaines il ressemble assez à une guêpe, et que la tête, les yeux, la bouche sont alors faciles à distinguer, ainsi que les mains et les pieds qui paraissent attachés au tronc ; ensuite les progrès de la croissance deviennent très-rapides et d'autant plus con-

sidérables de mois en mois, que l'on approche davantage du septième; alors ils diminuent beaucoup jusqu'au terme ordinaire de l'accouchement, époque à laquelle l'enfant est long de dix-huit à vingt pouces et pèse de six à sept livres et demie.

On ne peut pas juger au juste par la grandeur et par le poids de l'enfant, du terme où il est parvenu; on pourrait se tromper, car il est des enfans plus forts à huit mois que d'autres à neuf; on distingue plus facilement l'enfant à terme de celui qui ne l'est pas, par un plus grand dégré de perfection dans les formes extérieures et dans le développement des membres.

D. *Quelle est la situation du fœtus dans la matrice?*

R. Le fœtus, dans la matrice, a la tête penchée et les genoux fléchis sur la poitrine, les bras pliés et les talons rapprochés du siége; dans les premiers mois de la grossesse, il vaccille au milieu des eaux, et il est porté indifféremment, tantôt d'un côté et tantôt de l'autre; mais ensuite la tête se dirige peu à peu vers l'orifice de la matrice, où elle se fixe à la fin; et lorsqu'elle ne s'y trouve pas à l'époque de l'accouchement, il faut rapporter cette disposition accidentelle à l'action de quelques causes particulières qui l'ont détournée de sa direction naturelle.

D. *Comment divise-t-on le fœtus?*

R. On le divise simplement comme l'adulte, en tête, en tronc et en extrémités, qu'on distingue en

supérieures

supérieures et en inférieures. On peut partager la surface de l'enfant en six régions principales : la supérieure, qui comprend le sommet de la tête ; l'antérieure, qui s'étend du haut du front jusqu'aux orteils ; la postérieure, depuis l'occiput jusqu'aux talons ; les régions latérales des bosses pariétales aux malléoles externes ; l'inférieure, qui est formée par la plante des pieds.

Toutes ces régions ont des caractères particuliers, qui servent a les faire reconnaître par le toucher.

D. *Que peut-on observer à la tête du fœtus ?*

R. On y observe cinq régions, quatre diamètres, deux circonférences, des sutures et des fontanelles ; la région supérieure, qui en forme le sommet ; l'inférieure, qui en forme la base ; les deux latérales et l'antérieure ou la face.

D. *Quelle est la longueur des diamètres de la tête du fœtus ?*

R. Les deux plus petits ont ordinairement trois pouces et demi ; l'un va d'une bosse pariétale à l'autre ; et le second, du sommet de la tête à sa base : le diamètre moyen est de quatre pouces un quart ; il va du front à l'occiput. Le plus grand est de cinq pouces un quart environ, et s'étend obliquement de la symphise du menton à la fontanelle postérieure.

D. *Quelles sont les circonférences de la tête du fœtus ?*

R. La plus petite, qui est de dix à onze pouces, passe sur le milieu du sommet, sur la base du

crâne et sur les bosses pariétales ; la plus grande, qui est de treize à quinze pouces, passe sur les deux fontanelles, sur le menton ét le trou occipital, et coupe la première à angles droits.

D. *Quelles sont les sutures les plus remarquables de la tête du fœtus?*

R. Les sutures les plus remarquables de la tête du fœtus, sont la sagitale, la coronale et la lambdoïde : la sagitale s'étend de la fontanelle postérieure à la racine du nez ; la coronale réunit l'os du front avec les pariétaux ; et la lambdoïde, l'occipital avec les pariétaux.

D. *Qu'entend-on par les fontanelles, et combien y en a-t-il?*

R. Les fontanelles sont des espaces membraneux, formés par l'écartement des sutures ; il y en a deux principales : l'antérieure, qui est la plus grande, a quatre angles, et est située à la réunion des deux os pariétaux et du coronal ; la postérieure n'a que trois angles, et se trouve entre les pariétaux et l'occipital. *(V. 14.e instruction.)*

9.e INSTRUCTION.

De l'arrière-faix ; du placenta ; des membranes ; du cordon ombilical ; et des eaux.

D. *Qu'est-ce que l'arrière-faix?*

R. L'arrière-faix comprend le placenta, les membranes, et le cordon ombilical.

D. *Qu'est-ce que le placenta ; quelle est sa forme, ses dimensions et son attache ?*

R. Le placenta est une masse spongieuse et vasculeuse, d'une figure le plus souvent ronde, ayant environ sept à huit pouces de diamètre au terme ordinaire de l'accouchement, un pouce d'épaisseur dans son centre et un peu moins vers ses bords. Il est formé de plusieurs lobes faciles à séparer, parce qu'ils sont unis par un tissu cellulaire très-lâche. Il a deux faces, l'une vasculeuse et l'autre spongieuse ; la vasculeuse est interne, parsemée d'artères et de veines, recouverte par le chorion et l'amnios : elle sert de base au cordon ombilical qui s'y implante ordinairement vers le milieu. La face spongieuse adhère à la matrice, et ressemble assez à une éponge. L'on y remarque des cavités contiguës aux orifices des sinus utérins, avec lesquels on croit qu'elles s'abouchent.

Le placenta peut s'attacher à toutes les parties de la matrice ; mais le plus ordinairement il tient à son corps, rarement à son col, et plus rarement encore à son orifice.

D. *Peut-il exister quelques variétés dans le placenta ?*

R. Il existe par fois, dans le placenta, des variétés qui sont relatives à son volume, à sa conformation, à l'insertion du cordon ombilical, et au nombre des enfans contenus dans la matrice. On en trouve de grands et de petits ; on en voit qui ont des lobes éloignés de la masse principale ; il en est qui

sont doubles, et servent alors ordinairement à des jumeaux. On dit que le placenta est en raquette lorsque le cordon ombilical est attaché à un de ses bords.

D. *Quelles sont les enveloppes du fœtus, leurs noms et leurs usages ?*

R. Le chorion et l'amnios forment une poche, qui contient l'enfant, le cordon ombilical et les eaux. Le chorion tapisse l'intérieur de la matrice et recouvre l'amnios.

D. *Qu'est-ce que le cordon ombilical ?*

R. Le cordon ombilical est un espèce de boyau long d'environ vingt à trente pouces, et de la grosseur du doigt. Il est formé de deux artères et de la veine ombilicale, unies par un tissu cellulaire, et recouvertes par le chorion et l'amnios. Par l'uue de ses extrémités, il est fixé au nombril de l'enfant, et par l'autre au placenta.

D. *Quelle est l'origine des vaisseaux qui forment le cordon ombilical, et où vont-ils se terminer ?*

R. Les artères ombilicales sont la continuation des artères iliaques, internes ou hypogastriques du fœtus : elles montent derrière et à côté de la vessie jusqu'à l'ombilic, où elles se joignent entr'elles à la veine ombilicale. Parvenus au placenta, ces trois vaisseaux se divisent en plusieurs branches, qui vont se perdre dans ses cellules. La veine ombilicale semble prendre naissance dans le placenta même, d'où elle se porte à l'enfant; après avoir

passé à l'ombilic, elle s'écarte des deux autres, traverse le foie, et se rend dans la veine cave inférieure.

Le cordon ombilical n'est pas toujours de la même longueur ni de la même grosseur. Il en est de très-longs, de très-courts, de très-gros et de très-grêles.

D. *Que peut-il arriver lorsque le cordon ombilical est trop long ou trop court?*

R. Lorsque le cordon ombilical est trop long, il peut s'y former des nœuds, ou il peut faire faire plusieurs circonvolutions autour du cou ou du corps de l'enfant. S'il est trop court, il peut se rompre dans le travail de l'accouchement, ou occasionner le décollement trop prompt du placenta. Lorsqu'il est gros et pâteux ou trop grêle, dans l'un et l'autre cas il peut se rompre avec facilité.

D. *D'où proviennent les eaux contenues dans l'amnios?*

R. Les eaux contenues dans l'amnios, selon l'opinion la plus raisonnable et la plus généralement adoptée, viennent de la mère, et sont fournies par les vaisseaux lymphatiques de la matrice. Elles sont ordinairement blanches, un peu grasses au toucher et d'une odeur fade : il en est aussi de couleur grisâtre et d'une odeur fétide, sans que pour cela il en résulte rien de dangereux ni pour la mère ni pour l'enfant.

On divise les eaux qui entourent l'enfant dans la matrice, en vraies et en fausses : les vraies sont

contenues dans l'amnios, et leur écoulement est toujours suivi de l'accouchement.

On pense que les fausses proviennent des vraies, qui passent au travers de l'amnios et du chorion, par des déchiremens insensibles ou par transudation : celles-ci peuvent s'écouler à différentes époques de la grossesse sans déterminer l'accouchement.

D. *Quel est l'usage des eaux ?*

R. Les eaux étant une véritable lymphe au commencement de la grossesse, on prétend qu'elles servent, dans les premiers temps, à la nourriture du fœtus. Elles favorisent en outre la dilatation de la matrice, facilitent les mouvemens de l'enfant, empêchent qu'ils ne soient douloureux à la mère, et la garantissent de l'effet des chûtes qu'elle peut faire et des coups qu'elle peut recevoir sur le bas-ventre. Dans le moment de l'accouchement, elles servent à la dilatation de l'orifice de la matrice, et quelquefois de la vulve vers la fin du travail.

La quantité des eaux n'est pas la même chez toutes les femmes : il y en a qui n'en rendent pas une demi pinte dans l'accouchement, tandis que d'autres en rendent plusieurs; mais leur quantité modérée est la plus avantageuse, parce qu'elle rend la grossesse et l'accouchement moins pénibles.

10.e INSTRUCTION.

De la manière dont l'enfant se nourrit dans la matrice, et des changemens que produit sur lui la respiration au moment de sa naissance.

D. *Comment se nourrit le fœtus dans la matrice?*

R. Il est une infinité de systêmes sur la nutrition du fœtus; mais celui qui paraît le plus certain, c'est qu'il se nourrit principalement par le cordon ombilical. Le sang de la mère ne passe pas immédiatement à l'enfant; celui du fœtus ne se rend pas non plus directement à la matrice; car les veines ombilicales ne s'abouchent pas avec les artères de la matrice. Il y a dans ce viscère des cavités où le sang se rend, tant de la part de la mère que de l'enfant. Ces réservoirs se nomment sinus-utérins. (1) Ils sont contigus aux cavités cellulaires du placenta; les artères utérines y versent le sang de la mère, et les artères ombilicales celui du placenta; les veines utérines l'y reprennent pour le rapporter dans les vaisseaux de la femme, et les

---

(1) Quelques anatomistes modernes prétendent avoir reconnu, par des injections très-bien faites, que les artères ombilicales communiquent directement avec les veines utérines, et les artères utérines avec les veines ombilicales.

ombilicales, par le moyen du cordon, le rendent au fœtus.

D. *La circulation du sang se fait-elle de la même manière dans le fœtus, que dans l'enfant qui a respiré?*

R. La circulation du sang ne se fait pas dans le fœtus de la même manière que dans l'enfant qui a respiré. Dans le fœtus, le sang qui vient du placenta par la veine ombilicale, se porte vers le lobe gauche du foie, traverse ce viscère et se rend dans la veine cave, d'où il va dans l'oreillette droite du cœur, pour passer par le trou de botal dans l'oreillette gauche. Alors cette oreillette se contracte et le pousse dans le ventricule du même côté, qui, par un semblable mécanisme, le fait pénétrer dans l'aorte. Bientôt il parvient à l'endroit où ce vaisseau fournit les sousclavières et les carotides; il se partage en deux colonnes : l'une s'introduit dans ses artères, se distribue à la tête et aux extrémités supérieures, revient dans l'oreillette droite, passe dans le ventricule droit et de là dans l'artère pulmonaire. Mais comme le poumon est très-dense et fort peu développé dans le fœtus, il n'y a qu'une très-petite portion de ce sang qui y parvient : la plus grande partie passe par un vaisseau de communication, nommé canal artériel, et va se jetter dans l'aorte, un peu au-dessous de la naissance des sousclavières. L'autre colonne s'unit bientôt avec ce sang qui vient du canal artériel, et continue son trajet dans l'aorte, la poitrine et le bas-ventre,

jusqu'à ce qu'enfin elle arrive vis-à-vis la quatrième vertèbre lombaire : à cet endroit il se partage encore en deux portions; l'une, qui est la plus considérable, passe dans les artères ombilicales, pour se rendre au placenta ; l'autre, qui est très-petite, se porte aux extrémités inférieures, et en revient par des veines qui se déchargent dans la veine cave inférieure.

D. *Quels changemens la respiration apporte-t-elle à la circulation du sang dans l'enfant nouveau-né?*

R. Après que l'enfant a respiré, la circulation cesse dans les vaisseaux ombilicaux : le sang passe en plus grande quantité dans le poumon, distendu par l'air atmosphérique ; en peu de temps le trou de botal se ferme ; le canal artériel s'oblitère, et il s'établit un autre ordre dans la marche du sang. Celui qui en revient de toutes les parties du corps, par les deux veines caves, pénètre dans l'oreillette droite, d'où il est chassé dans le ventricule du même côté, qui le renvoie au poumon par l'artère pulmonaire. Les veines du même nom le rapportent dans l'oreillette gauche, d'où il passe dans le ventricule gauche, qui, au moyen de l'aorte, le distribue à toutes les parties du corps.

II.e INSTRUCTION.

De l'accouchement; de ses divisions; de ses causes; des signes des différents temps du travail; des vraies et des fausses douleurs.

D. *Qu'est-ce que l'accouchement?*

R. L'accouchement est l'expulsion naturelle ou l'extraction par l'art de l'enfant et de ses dépendances hors de la matrice. On divise l'accouchement en accouchement naturel, mixte ou laborieux, et contre-nature.

D. *Qu'est-ce que l'accouchement naturel?*

R. L'accouchement naturel est celui dans lequel l'enfant et ses dépendances sont expulsés de la matrice dans un court espace de temps, par la seule puissance de la nature.

D. *Qu'est-ce que l'accouchement mixte ou laborieux?*

R. L'accouchement laborieux est celui dans lequel l'enfant, quoique dans une bonne position, éprouve des obstacles à sa sortie, et ces obstacles peuvent venir de la part de la mère de l'enfant ou de l'arrière-faix.

D. *Qu'est-ce que l'accouchement contre-nature?*

R. L'accouchement contre-nature est celui qui ne peut être terminé par les seules forces de la nature. Il a lieu ordinairement lorsque l'enfant présente une partie quelconque du tronc.

L'accouchement dans lequel l'enfant présente les ieds, les genoux ou le siège, est mis au rang des aturels, toutes les fois que la nature seule le terine ; mais il devient accouchement mixte ou laboeux, lorsqu'on est obligé d'aider à la nature.

D. *Quel est le terme de la grossesse auquel se ait l'accouchement ?*

R. C'est la fin du neuvième mois ; mais le fœtus eut être expulsé à tout terme, et quelquefois déasser celui de neuf mois.

La sortie du fœtus jusqu'au septième mois, se omme fausse couche ; depuis le septième jusqu'au uitième et demi, accouchement prématuré ;

Et depuis le huitième et demi jusqu'à la fin du euvième mois ou au-de-là, accouchement à terme.

La fin du septième mois est le terme où l'on peut ompter sur la viabilité de l'enfant ; mais plus il pproche du neuvième, plus il a de force et plus y a d'espoir qu'il vivra.

D. *Quelles sont les causes qui déterminent accouchement ?*

R. C'est tout ce qui peut exciter les contractions e la matrice, et procurer par conséquent la sortie u fœtus.

On peut distinguer ces causes en naturelles et en ccidentelles. Les naturelles paraissent agir consamment, et à peu de jours près, au terme de neuf nois. Les accidentelles peuvent se manifester à outes les époques de la grossesse. Ces dernières sont rincipalement les fortes passions, certaines mala-

dies de la matrice et de ses dépendances, des coups, des chûtes, etc.

D. *Quelles sont les causes naturelles efficientes de l'accouchement?*

R. Il y a plusieurs opinions sur les causes naturelles et efficientes de l'accouchement : celle qui paraît la plus vraisemblable, est que l'accouchement est dû à la réaction élastique et musculaire de la matrice, considérablement distendue dans toutes ses parties par le volume de l'enfant.

Les causes accessoires de l'accouchement, sont les contractions des muscles abdominaux et du diaphragme, soutenues par celles de bien d'autres muscles.

D. *Comment la matrice opère-t-elle l'expulsion de l'enfant?*

R. Au terme de l'accouchement, la matrice distendue outre-mesure, et par là irritée, se contracte, presse et serre l'enfant de toutes parts : le col de ce viscère devenu trop faible pour résister, est forcé de se dilater ; les membranes s'avancent, dilatent de plus en plus l'orifice, et se déchirent ; les eaux s'écoulent, et la tête franchit l'orifice ; les contractions réitérées de la matrice ne cessent que lorsqu'elle est entièrement débarrassée de l'enfant et de ses dépendances.

D. *Comment nomme-t-on l'action de la matrice par laquelle l'enfant est expulsé?*

R. On nomme l'action de la matrice par laquelle l'enfant est expulsé, travail de l'accouchement ; on

le divise en quatre temps : le premier, le progrès, le troisième, le quatrième ou la fin du travail.

D. *Quels sont les signes du premier temps du travail ?*

R. Le premier temps du travail s'annonce pour l'ordinaire par de petites douleurs nommées mouches qui partent des reins ou du nombril, se portent en bas, et font dilater peu à peu l'orifice de la matrice, de la largeur d'une pièce de vingt sous; la femme éprouve un malaise général, des fréquentes envies d'uriner ; le vagin est plus ou moins humecté d'humeurs glaireuses.

D. *Quel sont les signes du second temps ou du progrès du travail de l'accouchement ?*

R. Dans le second temps les douleurs sont plus fortes, durent davantage, et obligent la femme à faire de légers efforts. L'orifice de la matrice se dilate de la largeur d'un écu de trois francs, le col s'amincit et se rapproche de l'axe du bassin ; la poche des eaux se forme, se tend et se durcit pendant la douleur.

D. *Quels sont les signes du troisième temps du travail de l'accouchement ?*

R. Dans le troisième temps les douleurs sont expulsives, elles se succèdent rapidement, l'orifice de la matrice se dilate de la largeur de plus d'un écu de six francs ; dans ce moment les femmes marquent de sang le doigt qu'on introduit dans le vagin ; le pouls devient dur et fréquent ; le visage se colore ; la chaleur augmente, devient générale ; un

frémissement universel se manifeste ; les membranes se déchirent ; les eaux s'écoulent plus ou moins vîte, et le frémissement cesse.

D. *Quels sont les signes de la fin du travail de l'accouchement ?*

R. A la fin du travail, si les eaux sont écoulées, la matrice s'applique immédiatement sur le corps de l'enfant, elle se contracte plus vivement qu'auparavant ; la tête s'engage dans l'orifice, et se rapproche de la vulve à chaque douleur. La femme éprouve des crampes et des tremblemens, et lorsque la tête descend, elle a envie d'aller à la garde-robe ; elle est tourmentée d'inquiétudes et de craintes qui ne finissent qu'après l'accouchement.

Toutes les douleurs que les femmes grasses éprouvent ne déterminent point l'accouchement, on les distingue en vraies et en fausses ; les fausses douleurs ne prennent pas par intervalles comme les vraies ; elles forment le plus souvent une ceinture autour du ventre, et en touchant la femme on ne trouve aucune dilatation à l'orifice de la matrice.

D. *Qu'est-ce qui peut occasionner les fausses douleurs ?*

R. Les fausses douleurs peuvent dépendre de coliques venteuses, de matières retenues dans le rectum, de fatigues excessives, d'une trop grande quantité de sang, de trop de chaleurs et d'irritation, et de mouvemens spasmodiques.

Pour remédier aux fausses douleurs il faut employer des moyens différens, suivant les causes qui les produisent.

Si les fausses douleurs sont occasionnées par des coliques venteuses, on donnera de l'eau de fleurs d'orange avec du sucre, et l'on appliquera des serviettes chaudes sur l'estomac et sur le ventre.

Si les fausses douleurs proviennent des matières retenues dans le rectum on dégagera cet intestin par des lavemens émolliens.

On calmera les fausses douleurs produites par la fatigue, en prescrivant le repos et une bonne nourriture.

Si elles sont occasionnées par une trop grande quantité de sang, on prescrira une ou deux saignées au bras, selon l'état du pouls et le tempérament de la malade. Les bains seraient nuisibles dans ce cas si l'on n'avait pas auparavant saigné.

Dans le cas de chaleur, d'irritation et de spasme, on emploiera le petit lait, l'eau de poulet, l'orgeat, les demi-bains, les bains entiers, les lavemens, la saignée, un régime tempérant et des potions calmantes. On peut les faire avec l'eau de lys, les gouttes d'Hoffman, et le sirop de diacode que l'on fera prendre par cuillerée de deux heures en deux heures; par exemple : eau de lys, 3 onces; gouttes d'Hoffman, environ 30; sirop de diacode, demi-once.

12.e INSTRUCTION.

Du toucher; des précautions qu'on doit prendre pour toucher une femme, tant extérieurement qu'intérieurement; de la position à donner pour le toucher; des connaissances que l'on peut acquérir par ce moyen.

D. *Qu'est-ce que le toucher?*

R. Le toucher est une opération qui se pratique tant extérieurement qu'intérieurement; extérieurement, en appliquant une main sur le bas-ventre; intérieurement, en introduisant un ou plusieurs doigts dans le vagin jusqu'au col de la matrice.

Pour toucher extérieurement il faut faire vider la vessie et le rectum, mettre la femme dans une position convenable, repousser légèrement les intestins en pressant le bas-ventre avec la main.

D. *Quelle précaution faut-il employer pour toucher intérieurement?*

R. Pour toucher intérieurement, les ongles doivent être coupés et unis; le doigt indicateur, induit de quelques corps gras, doit être porté avec précaution dans le vagin jusqu'au col de la matrice; la main doit être en demi-supination, le pouce placé dans le creux de la main, l'indicateur alongé et les autres doigts serrés sur le pouce; il est des cas où, pour toucher avec plus d'avantage, on se sert de l'indicateur et du médius alongés l'un contre

l'autre

l'autre, le pouce perpendiculairement appuyé sur la symphise pubienne, les autres doigts fléchis et déprimant le périnée. De quelque manière que l'on opère le toucher, il faut agir avec douceur et ménagement.

D. *Quelle est la position que l'on doit donner à la femme pour la toucher?*

R. La position que l'on donne à la femme varie selon les circonstances, mais pour l'ordinaire on doit la toucher couchée presque horizontalement, les genoux fléchis, élevés et séparés de dix-huit à vingt pouces; lorsque la femme est asthmatique, hydropique ou tourmentée d'une toux violente que la position horizontale augmenterait, le toucher doit se pratiquer debout, la femme appuyée en arrière; il faut agir de la même manière pour juger du poids et du volume de la matrice; et dans le cas d'obliquité, on fait coucher la femme du côté opposé au fond de ce viscère.

D. *Que peut-on reconnaître par le toucher extérieur?*

R. Par le toucher extérieur on reconnaîtra la hauteur du fond de la matrice et son obliquité.

D. *Quelles sont les connaissances que l'on peut acquérir par le toucher intérieur?*

R. Par le toucher intérieur on connaîtra les vices et les maladies des parties dures et molles qui servent à l'accouchement; la position de la matrice et de ses dépendances; l'état de grossesse et de vacuité; si la grossesse est vraie ou fausse;

les différentes époques de la grossesse ; si les douleurs qu'éprouve une femme grosse sont fausses ou si elles mènent à l'accouchement ; les différents temps du travail ; la partie que l'enfant présente ; la position dans laquelle il est situé à l'orifice de la matrice ; la marche qu'il suit en s'engageant dans le petit bassin ; enfin, les obstacles qui peuvent s'opposer à l'accouchement.

D. *Comment le toucher intérieur fait-il connaître qu'une femme est enceinte ?*

R. Le toucher intérieur fait connaître qu'une femme est enceinte, parce qu'il indique les changemens que la matrice éprouve pendant la grossesse, tant par l'augmentation de son volume que par celui de son poids ; changemens qui ne sont très-sensibles qu'après la première époque.

Pour s'assurer de la grossesse, la femme étant debout, après avoir introduit dans le vagin le doigt indicateur d'une main, on le portera sur la matrice, prés la base du col, soit en devant soit en arrière ; à l'aide de l'autre main, appliquée au-dessus des os pubis, on maintiendra le fond de la matrice ; on agitera alternativement de l'une et de l'autre part, c'est-à-dire du doigt et de la main ; par ce moyen on sentira un ballotement occasionné par le poids de l'enfant. Il faut prendre garde de ne pas le confondre avec le mouvement qu'on imprime à la matrice.

D. *Peut-on connaître par le ballotement si l'enfant est vivant ou mort ?*

R. Le ballotement occasionné par le poids de l'enfant ne peut point en faire juger d'une manière certaine, ce mouvement est le même dans ces deux cas, parce que l'enfant est absolumement passif; son poids seul le fait retomber sur le col de la matrice. Les mouvemens distincts qu'il fait sont les seuls signes qui ne peuvent laisser aucun doute sur sa vie.

D. *Quels sont les signes qui annoncent la mort de l'enfant dans le sein de la mère?*

R. Pour s'assurer de la mort de l'enfant dans le sein de la mère, il n'est d'autre signe, à la première époque de la grossesse, qu'un sentiment de gêne et de pesanteur sur le col de la matrice : si la grossesse est plus avancée, on s'aperçoit que le ventre ne prend plus d'accroissement, le sein s'affaisse, les mouvemens de l'enfant ont cessé; et si la femme se couche sur l'un ou l'autre côté, elle sent un poids qui s'y porte comme le ferait une boule; au lieu d'éprouver des mouvemens partiels, elle n'en éprouve plus que dans la totalité de la matrice, différence qu'elle seule peut distinguer.

D. *A quel terme de la grossesse les femmes sentent-elles les mouvemens de leur enfant?*

R. Les femmes sentent les mouvemens de leur enfant pour l'ordinaire vers le quatrième mois. Il y a des femmes qui le sentent plutôt, et d'autres plus tard; mais on connaîtra qu'une femme est enceinte, quoiqu'elle n'ait pas senti les mouvemens de son enfant après le quatrième mois, si elle con-

tinue de jouir d'une bonne santé, et si son ventre prend graduellement du volume.

D. *Comment peut-on connaître que la matrice est saine et dans l'état de vacuité?*

R. Lorsque la matrice est saine et dans l'état de vacuité, elle est totalement logée dans la cavité du petit bassin, le museau de tanche est à la hauteur du doigt, et on la trouve légère en la soulevant.

13.e INSTRUCTION.

Des caractères qui servent à désigner par le toucher les différentes parties de l'enfant.

D. *A quoi reconnaît-on par le toucher le sommet de la tête, lorsqu'il se présente à l'orifice de la matrice?* (1)

R. On reconnaît la tête à sa rondeur et à sa fermeté, à ses sutures et à ses fontanelles. On distinguera l'occiput, les pariétaux, le coronal, les fontanelles, la suture sagitale, la coronale ou la lambdoïde, d'après leurs formes, suivant les différentes positions du sommet.

D. *A quoi reconnaît-on la région occipitale?*

R. On reconnaît la région occipitale à l'occiput et aux parties de rapport, qui sont supérieurement

(1) On observera que pour reconnaître parfaitement la partie que l'enfant présente, il faut que les membranes soient divisées, et l'orifice de la matrice assez dilaté.

la fontanelle postérieure; inférieurement, la nuque; latéralement, les branches de la suture lambdoïde.

D. *A quoi reconnaît-on la partie supérieure du dos?*

R. On reconnaît la partie supérieure du dos aux omoplates et aux parties de rapport, qui sont supérieurement les vertèbres cervicales; inférieurement, les vertèbres dorsales; latéralement, les épaules.

D. *A quoi reconnaît-on la partie inférieure du dos?*

R. On reconnaît la partie inférieure du dos aux vertèbres lombaires et aux parties de rapport, qui sont supérieurement les vertèbres dorsales; inférieurement, le sacrum; latéralement, les fausses côtes.

D. *A quoi reconnaît-on le siége.*

R. On reconnaît le siége à une tumeur volumineuse et mollasse, au milieu de laquelle on distingue une ligne profonde; et aux parties de rapport, qui sont supérieurement l'os sacrum; inférieurement, la partie supérieure et postérieure des cuisses. La sortie du méconium est aussi un grand indice de la présence du siége.

D. *A quoi reconnaît-on la face?*

R. On reconnaît la face au nez, à la bouche, aux orbites, aux pommettes et aux parties de rapport, qui sont supérieurement la racine du nez et le coronal; inférieurement, le menton et le cou; latéralement, les oreilles.

D. *A quoi reconnaît-on la poitrine?*

R. On reconnaît la poitrine au sternum et aux

parties de rapport, qui sont supérieurement les clavicules; inférieurement, le cartilage xiphoïde; et latéralement, les mamelles.

D. *A quoi reconnaît-on le ventre?*

R. On reconnaît le ventre à une tumeur large et mollasse, au milieu de laquelle on distigue le cordon ombilical et le nombril, et aux parties de rapport, qui sont supérieurement le rebord inférieur de la poitrine; inférieurement, les os pubis; latéralement, la crête des os des îles.

D. *A quoi reconnaît-on que l'enfant présente les genoux?*

R. On reconnaît les genoux à leur rondeur et à leur fermeté, et aux parties de rapport, qui sont supérieurement la partie antérieure et inférieure des cuisses; et inférieurement, la partie supérieure et antérieure des jambes.

D. *A quoi reconnaît-on les pieds?*

R. On reconnaît les pieds aux doigts qui sont plus courts que ceux des mains et placés sur la même ligne; en montant on trouve la plante des pieds, les talons et les malléoles.

D. *A quoi reconnaît-on que l'enfant présente la partie latérale de la tête?*

R. On reconnaît la partie latérale de la tête à l'oreille et aux parties de rapport, qui sont supérieurement une bosse pariétale; inférieurement, l'angle de la machoire inférieure; antérieurement, le temporal, et postérieurement, une partie de la suture lambdoïde.

D. *A quoi reconnaît-on que l'enfant présente l'épaule ?*

R. On reconnaît l'épaule à sa rondeur et à sa fermeté et aux parties de rapport, qui sont supérieuremeut la partie latérale du col; inférieurement, la partie supérieure du bras; antérieurement, la clavicule; postérieurement, l'omoplate.

D. *A quoi reconnaît-on le coude?*

R. On reconnaît le coude à une éminence assez aiguë, que forme l'olécrane, et aux parties de rapport, qui sont supérieurement le bras; inférieurement l'avant-bras.

D. *A quoi reconnaît-on la main?*

R. On reconnaît la main aux doigts, qui sont plus longs que ceux des pieds, et au pouce, qui est séparé des autres doigts : la main est aussi plus applatie que le pied.

D. *A quoi reconnaît-on que l'enfant présente la partie moyenne du côté?*

R. On reconnaît la partie moyenne du côté aux vraies côtes et aux parties de rapport, qui sont supérieurement le dessous de l'aisselle et le bras; inférieurement, la hanche; latéralement, la poitrine et le dos.

D. *A quoi reconnaît-on que l'enfant présente la hanche ?*

R. On reconnaît la hanche à une tumeur dure que forme l'os des îles, et aux parties de rapport, qui sont supérieurement les fausses côtes; inférieurement et postérieurement, une partie du siége;

latéralement, le pli de l'aîne et la partie latérale du ventre.

14.e INSTRUCTION.

Des positions du sommet de la tête ; observations sur chacune de ces positions ; du mécanisme de l'accouchement naturel dans chacune.

D. *Quelle est la durée du travail de l'accouchement naturel?*

R. La durée du travail est très-incertaine : il est des femmes qui accouchent en moins de deux heures ; d'autres ne se délivrent qu'en deux ou trois jours. Si le bassin est ample ; si les parties molles ont de la souplesse ; si la tête de l'enfant est proportionnée au bassin, et si elle se présente dans une bonne position ; si les contractions de la matrice sont fortes et souvent répétées, la durée du travail sera courte : elle sera plus ou moins longue, suivant que ces conditions manqueront plus ou moins ; mais toutes choses égales d'ailleurs, l'accouchement d'un premier enfant est plus long et plus pénible que ne le sont les suivans.

D. *Combien y a-t-il de positions du sommet de la tête?*

R. On ne peut s'empêcher de reconnaître six positions du sommet de la tête sur l'orifice de la matrice.

D. *Quelle est la première position du sommet de la tête ?*

R. Dans la première position, le sommet de la tête se présente au détroit supérieur sur l'orifice de la matrice, de manière que l'occiput est tourné vers la cavité cotyloïde gauche, et le front vers la symphise sacro-iliaque droite ; ainsi, la suture sagitale traverse obliquement le détroit supérieur du bassin de gauche à droite.

D. *Quelle est la seconde position du sommet de la tête ?*

R. Dans la seconde position, le sommet de la tête se présente au détroit supérieur sur l'orifice de la matrice, de manière que l'occiput est tourné vers la cavité cotyloïde droite, et le front vers la symphise sacro-iliaque gauche ; ainsi, la suture sagitale traverse obliquement le détroit supérieur du bassin de droite à gauche.

D. *Quelle est la troisième position du sommet de la tête ?*

R. Dans la troisième position, le sommet de la tête se présente au détroit supérieur sur l'orifice de la matrice, de manière que l'occiput répond à la symphise du pubis, et le front à la symphise sacro-vertébrale ; ainsi, la suture sagitale est parallèle au petit diamètre du détroit supérieur, et le traverse de devant en arrière.

D. *Quelle est la quatrième position du sommet de la tête ?*

R. Dans la quatrième position, le sommet de la

tête se présente au détroit supérieur sur l'orifice de la matrice, de manière que l'occiput répond à la symphise sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche; ainsi, la suture sagitale traverse obliquement le détroit supérieur du bassin de droite à gauche.

D. *Quelle est la cinquième position du sommet de la tête?*

R. Dans la cinquième position, le sommet de la tête se présente au détroit supérieur sur l'orifice de la matrice, de manière que l'occiput répond à la symphise sacro-iliaque gauche, et le front à la cavité cotyloïde droite; ainsi, la suture sagitale traverse obliquement le détroit supérieur du bassin de gauche à droite.

D. *Quelle est la sixième position du sommet de la tête?*

R. Dans la sixième position, le sommet de la tête se présente au détroit supérieur sur l'orifice de la matrice, de manière que l'occiput répond à la saillie du sacrum, et le front au pubis; ainsi, la suture sagitale est parallèle au petit diamètre du détroit supérieur, et le traverse de derrière en devant.

D. *Comment reconnaît-on par le toucher la première position du sommet de la tête?*

R. Au détroit supérieur on trouve la fontanelle postérieure vers la cavité cotyloïde gauche; et la suture sagitale conduit à la fontanelle antérieure, qui est tournée vers la symphise sacro-iliaque droite.

D. *Comment reconnaît-on la seconde position du sommet ?*

R. Au détroit supérieur on trouve la fontanelle postérieure vers la cavité cotyloïde droite ; et la suture sagitale conduit à la fontanelle antérieure, qui est tournée vers la symphise sacro-iliaque gauche.

D. *Comment reconnaît-on la troisième position?*

R. Au détroit supérieur on trouve la fontanelle postérieure vers la symphise du pubis ; et la suture sagitale conduit à la fontanelle antérieure, qui est tournée vers la symphise sacro-vertébrale.

D. *Comment reconnaît-on la quatrième position?*

R. Au détroit supérieur on trouve la fontanelle antérieure vers la cavité cotyloïde gauche ; et la suture sagitale conduit à la fontanelle postérieure, qui est tournée vers la symphise sacro-iliaque droite.

D. *Comment reconnaît-on la cinquième position?*

R. Au détroit supérieur on trouve la fontanelle antérieure vers la cavité cotyloïde droite ; et la suture sagitale conduit à la fontanelle postérieure, qui est tournée vers la symphise sacro-iliaque gauche.

D. *Comment reconnaît-on la sixième position ?*

R. Au détroit supérieur on trouve la fontanelle antérieure vers la symphise du pubis ; et la suture sagitale conduit à la fontanelle postérieure, qui est tournée vers la symphise sacro-vertébrale.

D. *Les six positions du sommet de la tête sont-elles aussi avantageuses, et ont-elles lieu aussi souvent les unes que les autres ?*

R. Les six positions du sommet de la tête ne sont

pas aussi avantageuses, et n'ont pas lieu aussi souvent les unes que les autres. Les plus ordinaires et les plus avantageuses sont la première et la seconde. Le plan incliné du bassin fait que ce sont les plus ordinaires, et elles sont les plus favorables, parce que dans tout le temps de l'accouchement, les grands diamètres de la tête du fœtus se trouvent appliqués sur les plus grands diamètres du bassin, si la tête exécute les mouvemens qu'elle doit exécuter, et dans l'ordre convenable; au détroit supérieur elle doit exécuter le mouvement de flexion en avant, dans l'excavation celui de pivot ou de rotation, et au détroit inférieur le mouvement de flexion en arrière.

D. *Pourquoi la troisième, la quatrième, la cinquième et la sixième positions du sommet de la tête, ne sont-elles pas aussi avantageuses que les deux premières?*

R. La troisième, la quatrième, la cinquième et la sixième position du sommet, ne sont pas aussi avantageuses que les deux premières, parce que dans toutes ces positions, et principalement dans la troisième et la sixième, les grands diamètres de la tête sont appliqués sur les petits diamètres du bassin, et parce que dans la sixième la face se présente sous le pubis.

D. *Quelle différence y a-t-il entre ces dernières positions, par rapport aux obstacles que la tête peut éprouver dans son trajet?*

R. Dans la troisième position, la tête n'éprouve

d'obstacles qu'au détroit supérieur ; dans la quatrième et la cinquième elle en rencontre dans l'excavation et la sortie du petit bassin : dans l'excavation, parce que la face se tournant vers le pubis qui n'est pas concave comme le sacrum, il arrive que le front a plus de peine à se dégager sous l'arcade du pubis, que ne ferait la partie postérieure de la tête. Il en résulte pour l'enfant la tuméfaction de la face ; et pour la mère, le déchirement de la fourchette et du périnée. Dans la sixième position, la tête éprouve des obstacles dans tous les points du bassin.

D. *Que doit-on faire lorsque le sommet se présente dans la troisième position ?*

R. Lorsque le sommet se présente dans la troisième position, il faut porter doucement deux doigts dans le temps de la douleur, pour diriger l'occiput vers une des cavités cotyloïdes.

D. *Que doit-on faire dans la quatrième position?*

R. Dans la quatrième, il faut porter un ou deux doigts de la main droite sur le front, et le diriger peu-à-peu du côté de la symphise sacro-iliaque gauche, et achever de conduire la face vers la courbure du sacrum, si elle ne s'y range pas d'elle-même, à mesure que la tête descend dans la cavité du petit bassin.

D. *Que doit-on faire dans la cinquième position?*

R. Dans la cinquième position, il faut porter un ou deux doigts de la main gauche sur le front, et le diriger peu-à-peu du côté de la symphise sacro-

iliaque droite, et achever de conduire la face vers la courbure du sacrum, si elle ne s'y range d'elle-même à mesure que la tête descend dans la cavité du petit bassin.

Dans la sixième position, lorsque la tête est au détroit supérieur, il faut se borner à porter l'occiput vers une des symphises sacro-iliaques.

D. *N'y a-t-il rien à faire dans les première et seconde positions pour faciliter l'accouchement?*

R. Il n'y a rien à faire dans la première et la seconde position, si la fontanelle postérieure descend la première, si la tête n'est pas trop volumineuse, et si elle occupe toujours les grands diamètres de l'entrée et de la sortie du petit bassin.

D. *Que faudrait-il faire si la fontanelle antérieure s'avançait plus que la postérieure?*

R. Si la fontanelle antérieure s'avançait plus que la postérieure, dans le travail de l'accouchement, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin, il faudrait soutenir et même relever le front pendant la douleur, afin que l'occiput fût forcé de descendre le premier. Sans cette précaution, le front s'engageant le premier, la tête de l'enfant se renversant sur le dos, présenterait son plus grand diamètre, et il se pourrait que ces obstacles ne fussent surmontés qu'avec le secours des instrumens.

D. *Dans la première position du sommet, quelle est la situation du fœtus dans la matrice?*

R. Dans la première position, le sommet de la tête se présente sur l'orifice de la matrice; la suture

sagitale traverse obliquement l'entrée du petit bassin ; l'occiput est tourné vers la cavité cotyloïde gauche, et le front vers la symphise sacro-iliaque droite : la surface postérieure de l'enfant répond à la partie antérieure et latérale gauche de la matrice; la surface antérieure de l'enfant répond à la partie postérieure et latérale droite de la matrice ; le fœtus est recourbé sur sa surface antérieure ; les genoux sont pliés sur la poitrine ; les pieds et le siége répondent au fond de la matrice, et la tête au col.

D. *Quel est le mécanisme de l'accouchement naturel dans la première position ?*

R. Dans la première position, lorsque les contractions de la matrice, aidées par celles du diaphragme et des muscles abdominaux, ont fait suffisamment dilater son orifice, l'occiput plonge le premier ; le menton s'applique sur la poitrine ; les membranes se déchirent ; les eaux s'écoulent, et la tête descend jusqu'à la partie inférieure du sacrum ; alors la tête tourne de côté comme sur un pivot ; la face se dirige vers la courbure du sacrum, et l'occiput vers le pubis. A la fin du travail les bosses pariétales se fixent entre les tubérosités ischiatiques ; le menton s'éloigne de la poitrine ; l'occiput s'engage sous l'arcade, dilate la vulve, et se relève sous le mont de Vénus ; à mesure le front, les genoux, le nez, la bouche et le menton se développent en s'éloignant de la fourchette et du périnée. Lorsque la tête est entièrement dégagée dans la première position, la face se tourne vers l'aîne

droite de la mère. De nouvelles contractions font engager les épaules, la gauche vers le sacrum, et la droite vers le pubis : c'est toujours celle qui est située postérieurement, qui se dégage la première du côté du périnée ; et bientôt l'autre sort sous l'arcade du pubis. Les hanches se développent de la même manière ; les cuisses et les jambes se dégagent insensiblement. Il faut un nouveau travail pour expulser l'arrière-faix.

D. *Dans la deuxième position du sommet, quelle est la situation du fœtus dans la matrice ?*

R. Dans la deuxième position, le sommet de la tête se présente à l'orifice de la matrice ; la suture sagitale traverse obliquement l'entrée du petit bassin ; l'occiput est tourné vers la cavité cotyloïde droite ; et le front vers la symphise sacro-iliaque gauche : la surface postérieure de l'enfant répond à la partie antérieure et latérale droite de la matrice ; la surface antérieure de l'enfant répond à la partie postérieure et latérale gauche de ce viscère ; le fœtus est recourbé sur sa surface antérieure ; les genoux sont pliés sur la poitrine ; les pieds et le siége répondent au fond de la matrice, et la tête au col.

D. *Quel est le mécanisme de l'accouchement dans la seconde position ?*

R. Dans la seconde position, lorsque les contractions de la matrice, aidées de celles du diaphragme et des muscles abdominaux, ont fait dilater suffisamment son orifice, l'occiput plonge le premier dans la cavité du petit bassin ; le menton s'applique

sur

sur la poitrine ; les membranes se déchirent ; les eaux s'écoulent, et la tête descend jusqu'à la partie inférieure du sacrum ; alors la tête tourne de côté comme sur un pivot ; la face se dirige vers la courbure du sacrum, et l'occiput vers le pubis.

A la fin du travail, les bosses pariétales se fixent entre les tubérosités ischiatiques ; le menton s'éloigne de la poitrine ; l'occiput s'engage sous le pubis, dilate la vulve et se relève sous le mont de Vénus, à mesure que le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton se développent en s'éloignant de la fourchette et du périnée. Lorsque la tête est entièrement dégagée dans cette position, la face se tourne vers l'aîne gauche de la mère. De nouvelles contractions font engager les épaules, la droite vers le sacrum, et la gauche vers le pubis ; c'est toujours celle qui est située postérieurement, qui se dégage la première du côté du périnée, et bientôt l'autre sort sous l'arcade du pubis ; les hanches se développent de la même manière ; les cuisses se dégagent insensiblement. Il faut un nouveau travail pour expulser l'arrière-faix.

D. *Pourquoi en général le travail, dans la seconde position du sommet, ne se termine-t-il pas aussi promptement et avec autant de facilité, toutes choses égales d'ailleurs, que dans la première ?*

R. En général le travail, dans la seconde position du sommet, ne se termine pas aussi promptement et avec autant de facilité, toutes choses

égales d'ailleurs, que dans la première, parce que l'obliquité latérale droite de la matrice plus fréquente que la gauche, et la situation de l'intestin rectum, qui est un peu dévié du côté gauche, rendent plus difficile le mouvement de pivot que fait la tête, empêchent ainsi la face de se tourner librement dans la courbure du sacrum, et retardent un peu l'accouchement.

D. *Dans la troisième position du sommet, quelle est la situation du fœtus dans la matrice?*

R. Dans la troisième position, le sommet se présente à l'orifice de la matrice; la suture sagitale est parallèle au petit diamètre du détroit supérieur; l'occiput est tourné vers le pubis, et le front vers le sacrum; la surface postérieure de l'enfant répond à la partie antérieure de la matrice; la surface antérieure de l'enfant répond à la partie postérieure de la matrice; le fœtus est recourbé sur sa surface antérieure; les genoux sont pliés sur la poitrine; les pieds et le siége répondent au fond de la matrice, et la tête au col.

D. *Quel est le mécanisme de l'accouchement dans la troisième position du sommet?*

R. Dans la troisième, lorsque les contractions de la matrice, aidées de celles du diaphragme et des muscles abdominaux, ont fait suffisamment dilater son orifice, l'occiput plonge le premier dans la cavité du petit bassin; le menton s'applique sur la poitrine; les membranes se déchirent; les eaux s'écoulent, et la tête descend dans cette direction

jusqu'à la partie inférieure du sacrum : dans la troisième position la face reste dirigée dans la courbure du sacrum, et l'occiput vers le pubis. A la fin du travail, les bosses pariétales se fixent entre les tubérosités ischiatiques ; le menton s'éloigne de la poitrine ; l'occiput s'engage sous le pubis, dilate la vulve, et se relève sous le mont de Vénus, à mesure que le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton se développent en s'éloignant de la fourchette et du périnée. Lorsque la tête est entièrement dégagée dans cette position, la face se porte indifféremment vers l'une des deux aînes ; si c'est vers la droite, c'est l'épaule gauche, située postérieurement, qui se dégage la première du côté du périnée, et bientôt l'autre sous l'arcade du pubis. Les hanches se développent de la même manière ; les cuisses et les jambes se dégagent insensiblement. Il faut un nouveau travail pour expulser l'arrière-faix.

D. *Dans quel cas la troisième position du sommet peut-elle rendre l'accouchement difficile, et même impossible sans le secours de l'art ?*

R. La troisième position du sommet peut rendre l'accouchement difficile, et même impossible sans le secours de l'art, lorsque la tête se trouve trop grosse relativement au détroit supérieur, ou lorsque le front s'engage le premier. En descendant de cette manière, l'occiput se renverse sur le dos.

D. *Dans la quatrième position du sommet ; quelle est la situation du fœtus dans la matrice ?*

R. Dans la quatrième position, le sommet se pré-

sente à l'orifice de la matrice ; la suture sagitale traverse obliquement l'entrée du petit bassin ; l'occiput est tourné vers la symphise sacro-iliaque droite, et le front vers la cavité cotyloïde gauche ; la surface postérieure de l'enfant répond à la partie postérieure et latérale droite de la matrice, et la surface antérieure de l'enfant répond à la partie antérieure et latérale gauche de ce viscère ; le fœtus est recourbé sur sa surface antérieure ; les genoux sont pliés sur la poitrine ; les pieds et le siége répondent au fond de la matrice, et la tête au col.

D. *Quel est le mécanisme de l'accouchement dans la quatrième position du sommet ?*

R. Dans la quatrième position, lorsque les contractions de la matrice, aidées de celle du diaphragme et des muscles abdominaux, ont fait dilater son orifice, l'occiput plonge le premier dans la cavité du petit bassin ; le menton s'applique sur la poitrine ; les membranes se déchirent ; les eaux s'écoulent, et la tête descend jusqu'à la partie inférieure du sacrum ; la tête alors tourne de côté comme sur un pivot ; l'occiput se dirige vers le sacrum, et la face vers le pubis : à la fin du travail on trouve la fontanelle antérieure au milieu de l'arcade du pubis, et la postérieure au-dessus du coccix ; le front reste appliqué sur l'arcade du pubis jusqu'à ce que l'occiput paraisse au bas de la vulve, où il se renverse bientôt vers l'anus de la mère, à mesure que le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton se développent sous l'arcade du pubis.

Lorsque la tête est entièrement dégagée dans la quatrième position, la face se tourne vers l'aîne gauche de la mère; de nouvelles contractions font engager les épaules, la droite vers le sacrum, et la gauche vers le pubis; c'est toujours celle qui est située postérieurement qui se dégage la première du côté du périnée, et bientôt l'autre sous l'arcade du pubis; les hanches se dégagent de la même manière; les cuisses et les jambes se dégagent insensiblement. Il faut un nouveau travail pour expulser l'arrière-faix.

D. *Dans la cinquième position du sommet de la tête, quelle est la situation du fœtus dans la matrice?*

R. Dans la cinquième position, le sommet se présente à l'orifice de la matrice; la suture sagitale traverse obliquement l'entrée du petit bassin; l'occiput est tourné vers la symphise sacro-iliaque gauche, et le front vers la cavité cotyloïde droite; la surface postérieure de l'enfant répond à la partie postérieure et latérale gauche de la matrice; la surface antérieure de l'enfant répond à la partie antérieure et latérale droite de ce viscère; le fœtus est recourbé sur sa surface antérieure; les genoux sont pliés sur la poitrine, les pieds et le siège répondent au fond de la matrice, et la tête au col.

D. *Quel est le mécanisme de l'accouchement dans la cinquième position?*

R. Dans la cinquième position, lorsque les contractions de la matrice, aidées de celles du dia-

phragme et des muscles abdominaux, ont fait dilater son orifice, l'occiput plonge le premier dans la cavité du petit bassin ; le menton s'applique sur la poitrine ; les membranes se déchirent ; les eaux s'écoulent, et la tête descend jusqu'à la partie inférieure du sacrum ; alors la tête tourne de côté comme sur un pivot ; l'occiput se place dans la courbure du sacrum, et la face vers le pubis ; et à la fin du travail on trouve la fontanelle postérieure au-dessus du coccix ; le front reste appliqué sous l'arcade jusqu'à ce que l'occiput paraisse au bas de la vulve, où il se renverse bientôt vers l'anus de la mère, à mesure que le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton se développent sous l'arcade du pubis. Lorsque la tête est entièrement dégagée, la face se porte vers l'aîne droite de la mère ; de nouvelles contractions font engager les épaules, la gauche vers le sacrum, et la droite vers le pubis ; c'est toujours celle qui est située postérieurement qui se dégage la première du côté du périnée, et bientôt l'autre sous l'arcade du pubis ; les hanches se dégagent de la même manière ; les cuisses et les jambes sortent insensiblement. Il faut un nouveau travail pour expulser l'arrière-faix.

D. *Dans la sixième position du sommet, quelle est la situation du fœtus dans la matrice ?*

R. Dans la sixième position, le sommet se présente à l'orifice de la matrice ; la suture sagitale est parallèle au petit diamètre du détroit supérieur; l'occiput est tourné vers le sacrum, et le front vers

le pubis ; la surface postérieure de l'enfant répond à la partie postérieure de la matrice ; la surface antérieure de l'enfant répond à la partie antérieure de la matrice ; le fœtus est recourbé sur sa surface antérieure ; les genoux sont pliés sur la poitrine ; les pieds et le siége répondent au fond de la matrice, et la tête au col.

D. *Quel est le mécanisme de l'accouchement dans la sixième position du sommet de la tête ?*

R. Dans la sixième position, lorsque les contractions de la matrice, aidées de celles du diaphragme et des muscles abdominaux, ont fait dilater suffisamment son orifice, l'occiput plonge le premier dans la cavité du petit bassin ; le menton s'applique sur la poitrine ; les membranes se déchirent ; les eaux s'écoulent, et la tête descend jusqu'à la partie inférieure du sacrum. Dans la sixième position la face reste toujours dirigée vers le pubis, et l'occiput vers le sacrum. A la fin du travail on trouve la fontanelle antérieure au milieu de l'arcade du pubis, et la postérieure au-dessus du coccix ; le front reste appliqué sur l'arcade, jusqu'à ce que l'occiput paraisse au bas de la vulve ; il se renverse bientôt vers l'anus de la mère, à mesure que le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton se développent sous l'arcade du pubis. Lorsque la tête est entièrement dégagée, la face se porte indifféremment vers l'une des deux aînes ; si c'est vers la droite, c'est l'épaule gauche qui se dégage la première du côté du périnée, et bientôt l'autre sous l'arcade du

pubis ; les hanches se développent de la même manière ; les cuisses et les jambes se dégagent insensiblement. Il faut un nouveau travail pour l'expulsion de l'arrière-faix.

D. *Toutes les fois qu'on voit la face se dégager sous l'arcade du pubis, peut-on assurer que le sommet s'est présenté dans la sixième position au détroit supérieur?*

R. Toutes les fois qu'on voit la face se dégager sous l'arcade du pubis, on ne peut pas assurer que le sommet se soit présenté dans la sixième, parce que cette position étant la plus rare de toutes, si on ne touche la femme qu'à la fin du travail, on pourrait conjecturer avec plus de vraisemblance que le sommet s'est présenté au détroit supérieur dans la quatrième ou la cinquième position.

D. *Pourquoi la sixième position est-elle la plus rare?*

R. La sixième position est la plus plus rare, parce que l'occiput étant arrondi, ainsi que la dernière vertèbre lombaire, il roule facilement vers l'une ou l'autre symphise sacro-iliaque, et alors le sommet se présente dans la quatrième ou la cinquième position.

15.e INSTRUCTION.

Des objets qu'il faut se procurer et mettre à sa portée dès le commencement du travail de l'accouchement; de la situation que l'on doit donner à la femme ponr accoucher; et de la manière de rendre plus facile le développement de la tête et des épaules de l'enfant.

D. *Quels sont les objets qu'on doit se procurer avant le travail de l'accouchement ?*

R. Avant le travail, on doit se procurer de bon bouillon, de la tisane, du vin vieux, quelques sirops, du vinaigre, de l'huile ou de beurre frais, un séringue, du linge pour changer la mère, le trousseau de l'enfant, les ligatures pour le cordon, des ciseaux à pointes émoussées; il faut aussi préparer le lit de misère, veiller à ce que l'air de la chambre soit à une douce température, et n'admettre auprès de la malade que les personnes nécessaires ou qu'elle désirera.

D. *N'a-t-on qu'une même conduite à tenir chez toutes les femmes et dans tous les accouchemens ?*

R. On n'a qu'une même conduite à tenir chez toutes les femmes dans les accouchemens qui sont tout-à-fait naturels, à moins que la femme en travail n'éprouve des accidens qui exigent une position particulière et déterminée.

D. *Quelle doit être la situation de la femme dans le travail de l'accouchement naturel?*

R. Pour l'accouchement naturel, il faut que la femme soit couchée presque horizontalement, que le bassin soit élevé de manière que le coccix puisse céder, que les cuisses soient fléchies, et les pieds ainsi que les genoux légérement écartés et fixés par des aides. Le bassin doit être élevé au moment que l'accouchement va se terminer, afin que le coccix pouvant se porter en arrière, la tête puisse franchir avec plus de facilité et de promptitude le détroit inférieur et se dégager de la vulve.

D. *Que doit-on faire vers la fin du travail de l'accouchement naturel?*

R. Vers la fin du travail de l'accouchement naturel, il faut, dans l'intervalle de la douleur, humecter la vulve et le périnée avec quelques corps gras; pendant qu'elle a lieu, il faut soutenir, avec la paume de la main, la fourchette et le périnée, et reculer ce dernier à mesure que l'occiput se relève sous le mont de Vénus; en même-temps, de l'autre main, on développe avec précaution le front, le yeux, le nez, la bouche et le menton de l'enfant.

D. *Peut-on se permettre, après la sortie de la tête, de tirer sur cette partie pour faire suivre les épaules?*

R. Après que la tête est sortie, il faut bien se garder de tirer sur cette partie : on doit la soutenir d'une main; et si les contractions tardent trop à

chasser les épaules, on les dégagera avec précaution. On se sert du doigt indicateur de la main droite, lorsque l'épaule gauche porte sur le coccix; et du doigt indicateur de la main gauche, lorsque c'est l'épaule droite qui est dirigée vers cet os. On conduit ce doigt jusque sous l'aisselle; on le fléchit en forme de crochet, et on développe ainsi la première épaule, qui est située postérieurement; et si l'autre ne suivait pas, on la développera de la même manière, en faisant usage de la main convenable; il vaut encore mieux, s'il n'y a pas d'accidents, attendre que les épaules soient chassées par les contractions.

16.e INSTRUCTION.

Des soins qu'exige l'enfant d'abord après sa naissance; des signes qui annoncent qu'il est vivant ou mort; du temps et de la manière de faire la ligature du cordon ombilical; de l'emmaillotement; de la nourrice, et des qualités qu'elle doit avoir.

D. *Quel est le premier soin qu'on doit avoir après la naissance de l'enfant?*

R. Si l'enfant respire librement, la première chose à faire, c'est de le poser entre les genoux de la mère, couché sur le côté, le dos tourné vers elle; Il faut ensuite couper le cordon de la manière que

nous le dirons plus bas. Puis on prend l'enfant avec précaution, en lui soutenant la tête, les épaules et le siége; on le donne à une aide, qui le recevra dans un linge sec avec les mêmes précautions, et le tiendra chaudement jusqu'à ce qu'on lui donne les autres soins nécessaires.

D. *Comment connaît-on que l'enfant est né dans un état d'apoplexie?*

R. On reconnaît que l'enfant est né dans un état d'apoplexie, lorsqu'il a le visage rouge et gonflé, et qu'il ne respire qu'avec peine, et quelquefois pas du tout; il faut de suite couper le cordon sans en faire la ligature, pour laisser couler le sang : s'il ne coulait pas, ou qu'il ne coule que très-peu, il faut mettre l'enfant dans un bain d'eau plus que tiède, jusqu'à la hauteur des aisselles, et comprimer mollement et alternativement la région ombilicale pour faciliter l'écoulement du sang. On reconnaît que l'effusion est suffisante, lorsque le visage s'est décoloré, et que la respiration est devenue libre et naturelle; c'est alors le moment de faire la ligature du cordon ombilical.

D. *A quoi reconnaît-on que l'enfant est né dans un état d'asphyxie?*

R. On reconnaît que l'enfant est né dans un état d'asphyxie, lorsqu'il est pâle et qu'il ne respire pas : il faut, dans ce cas, faire la ligature du cordon ombilical avant de le couper; enlever les glaires qu'il peut avoir dans la bouche; irriter le dedans de la gorge avec la barbe d'une plume, frotter les tempes

et les narrines avec de l'ail écrasé ; faire tomber une ou deux gouttes d'eau en forme de douche sur le creux de l'estomac ; frictionner l'épine du dos avec des linges chauds ; brosser la plante des pieds et la paume des mains ; balancer l'enfant à un courant d'air frais ; comprimer légèrement la poitrine et éloigner de suite les mains pour faire pénétrer l'air dans le poumon ; on peut aussi mettre l'enfant dans un demi bain d'eau colorée avec de vin ou de vinaigre. On employe alternativement tous ces moyens jusqu'à ce que l'enfant ait donné des signes certains de vie ou de mort.

D. *A quoi reconnaît-on que l'enfant est né dans un état de faiblesse ?*

R. On reconnaît que l'enfant est né dans un état de faiblesse, lorsqu'il est débile et qu'il respire à peine ; dans ce cas, il ne faut pas se presser de couper le cordon : on lui fait respirer des sels ; on lui soufle de l'air dans la bouche, en lui comprimant les narrines, et quand il commence à respirer plus librement, on lui fait avaler quelques gouttes de vin chaud et sucré ; on applique sur les régions du cœur et ombilicale des compresses imbibées de vin chaud ou de quelques liqueurs spiritueuses ; on fait la ligature du cordon ombilical ; on le coupe ; on tient l'enfant chaudement.

Si l'enfant est faible à la suite d'un accouchement forcé, il faut de suite l'ôter de dessous la couverture, couper le cordon après l'avoir lié, et ne lui faire faire aucun mouvement : le repos le

plus souvent le rappelle à la vie. Dans tous les cas, on ne doit juger de la mort de l'enfant que lorsque les membres se roidissent et que les yeux se vitrent.

D. *Doit-on emmailloter l'enfant aussitôt qu'il est né?*

R. On ne doit pas ordinairement emmailloter l'enfant aussitôt qu'il est né. On délivre (*V.* 17.e *instr.*) auparavant la mère ; et le temps qu'elle passe sur son lit de misère après l'accouchement et la sortie du placenta, doit être employé à donner à l'enfant les soins nécessaires.

D. *Que doit-on faire avant d'emmailloter l'enfant?*

R. Avant d'emmailleter l'enfant il faut examiner la tête, voir s'il n'y a ni tumeurs, ni fractures, ni difformités, si toutes les ouvertures naturelles sont libres, si le filet de la langue n'a pas besoin d'être coupé, s'assurer du sexe, nettoyer tout le corps, faire la ligature du cordon ombilical, et l'envelopper d'une compresse fixée par un bandage de corps.

Lorsqu'il y a une tumeur à la tête, il faut examiner si elle est peu considérable ; et dans ce cas, la faire dissiper par une application de vin chaud ou d'eau salée.

Si le sang est épanché sous les tégumens, la sage-femme appelera un chirurgien.

D. *Quels sont les cas généraux où il faut avoir recours à un chirurgien pour l'enfant nouveau-né?*

R. On doit avoir recours à un chirurgien toutes les fois qu'il y a fracture ou luxation ; lorsque quelqu'une des ouvertures naturelles est fermée ; lorsque des doigts des pieds ou des mains sont réunis ; lorsqu'il se trouve quelques excroissances sur une partie quelconque ; lorsque le frein de la langue est trop serré, etc.

D. *Doit-on arrondir la tête de l'enfant avec les mains, lorsqu'elle est trop alongée, comme cela arrive presque toujours dans les accouchemens retardés par la grosseur de la tête ou par l'étroitesse du bassin ?*

R. On ne doit pas arrondir la tête de l'enfant lorsqu'elle est trop alongée, en la comprimant avec les mains ; cette mauvaise pratique pourrait causer la mort. La tête reprend d'elle-même, au bout de quelques jours, sa forme première et naturelle.

D. *De quoi se sert-on pour la ligature du cordon ombilical, et comment faut-il la faire ?*

R. On se sert, pour faire la ligature du cordon ombilical, de trois à quatre brins de gros fil, de six pouces de longueur, noués ensemble à chaque bout : on fait tenir par une aide l'extrémité du cordon coupé à quatre pouces de longueur, on place le fil sur le milieu, à deux pouces ou environ de l'ombilic ; on le croise par dessous ; on le serre jusqu'à ce que le cordon soit plissé ; on ramène les bouts de la ligature en dessus ; là on fait un nœud en passant deux fois le fil dans la même anse, et on l'arrête par un dernier nœud, fait de manière qu'on puisse le defaire et le

serrer à volonté s'il y avait nécessité. Si l'enfant respire librement la ligature devient inutile jusqu'au moment où on veut l'emmailloter, parce que la circulation s'arrêtant dans les artères et veines ombilicales, il n'en sort que quelques gouttes de sang après la section du cordon, ce qui ne peut pas faire craindre une hémorragie. Si l'enfant est sanguin, si son visage rougit tout-à-coup, s'il pousse des cris aigus ou s'il paraît suffoqué, on lâche alors la ligature, et on tient l'enfant démailloté pour faire couler un peu de sang.

D. *Quand le cordon est rompu ou déchiré vers le nombril, que doit-on faire?*

R. Lorsque le cordon est rompu ou déchiré au nombril, il faut poser le pouce sur l'anneau de l'ombilic, afin d'arrêter l'hémorragie, se procurer des toiles d'araignées, du linge brûlé, ou mieux de l'agaric, en appliquer sur la plaie, mettre ensuite quatre ou cinq compresses de différentes grandeurs, en observant de placer la plus petite la première, et ainsi de suite, et serrer un peu le tout par un bandage de corps. Si le sang s'épanchait par le cordon rompu, après avoir employé les moyens propres à l'arrêter, on doit appliquer la paume de la main sur tout l'appareil assez fortement, pour empêcher une plus grande effusion de sang; et on enverrait chercher un chirurgien.

D. *Comment faut-il nettoyer l'enfant nouveau-né?*

R. Si le corps de l'enfant est recouvert d'une humeur grasse,

grasse, comme cela arrive souvent, on se sert, pour la détremper un peu, de beurre ou d'huile tièdes; et on l'enlève ensuite, sur tout des aisselles et des parties de la génération, en essuyant légérement avec un linge sec et fin; on lave après tout le corps avec de l'eau tiède mêlée d'un peu de vin.

D. *Comment doit-on emmailloter l'enfant?*

R. Pour emmailloter l'enfant, il faut lui couvrir la tête d'un béguin de toile et d'un bonnet de coton, lui passer une chemise courte et une brassière de futaine ou de laine, suivant la saison, et laisser les bras dehors; placer ensuite, sous les reins et les omoplates, un drapeau de toile et un lange de molleton ou de laine, dont on fixe les bouts sur les côtés avec des liens de préférence aux épingles; et on replie sur les jambes et les cuisses la partie du drapeau et du lange qui excède la longueur du corps de l'enfant.

Lorsque l'enfant est emmailloté, il faut bien éviter de le serrer avec des bandes; cette mauvaise méthode pourrait faire périr l'enfant, ou le rendre malade ou languissant dès son bas âge.

D. *Lorsque l'enfant est emmailloté, où doit-on le placer?*

R. Lorsque l'enfant est emmailloté, on doit le mettre dans son berceau, et l'y coucher sur le côté, afin qu'il rende ses glaires avec plus de facilité. Le berceau doit être placé de manière que l'enfant ait constamment le jour en face : cette précaution empêche qu'il ne devienne louche.

D. *Doit-on donner quelque chose à l'enfant avant qu'il prenne le sein ?*

R. Avant que l'enfant prenne le sein, il faut lui donner quelques cuillerées d'eau sucrée ou miellée pour faciliter la sortie du méconium; s'il tardait trop à s'évacuer, on lui ferait prendre un peu de sirop de chicorée ou de fleur de pêcher, sur tout si la mère ne le nourrit pas; mais si elle le nourrit, le premier lait étant purgatif, il est le plus souvent inutile d'en employer d'autre.

D. *Si on aperçoit aux parties de la génération de l'enfant des boutons blancs et purulens, que doit-on en conclure ?*

R. Lorsqu'on aperçoit aux parties de la génération de l'enfant des boutons blancs et purulens, on doit en conclure que la mère et l'enfant sont attaqués d'un vice vénérien : dans ce cas, il ne faudrait pas les éloigner l'un de l'autre, afin que le traitement fait à la mère pendant l'allaitement puisse en même-temps guérir son enfant.

Si on donnait à une nourrice étrangère un enfant attaqué d'un vice vénérien, il communiquerait bientôt, par la succion, le germe de la maladie à sa nourrice, qui s'en apercevrait par des boutons blancs autour du mamellon, et par l'engorgement des glandes des aisselles.

De même, on connaîtra qu'une nourrice atteinte d'un vice quelconque, l'a communiqué à son nourrisson, aux aphtes qui surviennent à la bouche de l'enfant au bout de quelques jours, et par l'engorgement des glandes du col et des aisselles.

D. *Dans le cas où la mère ne peut pas allaiter son enfant, comment faudrait-il le nourrir?*

R. Dans le cas où la mère ne peut allaiter son enfant, si on n'a pas de nourrice à portée, on ne peut employer de meilleurs moyens que le lait de chèvre, de vâche ou d'ânesse.

D. *Quelles qualités doit avoir une bonne nourrice, et quelle est celle qu'on doit préférer?*

R. La mère est presque toujours la nourrice qui convient le mieux à son enfant; mais à son défaut, on donnera la préférence à celle dont le lait sera le plus nouveau, abondant, doux, d'un beau blanc, ni trop clair ni trop épais, dont les mamelles seront d'une moyenne grosseur, parsemées de veines bleues, et les mamellons ni trop gros ni trop petits. De plus, la nourrice doit être saine et bien portante; avoir les dents belles; être de l'âge de vingt à trente-cinq ans; d'une humeur douce et gaie; d'une patience à toute épreuve; d'une propreté rare, et avoir son domicile dans un lieu dont l'air soit pur et vivifiant.

D. *Ne peut-on pas prendre le mal vénérien ou un cancer, en accouchant une femme qui en serait atteinte?*

R. On peut prendre ces maladies en accouchant une femme qui serait atteinte d'ulcères de cette nature, si on la touchait sans avoir le doigt induit de quelques corps gras, sur tout s'il était dépouillé de son épiderme en quelque partie. Lorsqu'on a lieu de suspecter ce danger, il faut manœuvrer avec des gants de peau blanche.

17.e INSTRUCTION.

Du mécanisme de la délivrance naturelle ; des observations que l'on doit faire avant de délivrer la femme ; de la manière de la délivrer dans tous les cas.

D. *Quel est le mécanisme de la délivrance naturelle ?*

R. Dans la délivrance naturelle, après que l'enfant est né, il y a un moment de repos ; la matrice qui est un corps élastique, revient sur elle-même, trouve le placenta dont la présence l'irrite ; elle se contracte sur ce corps devenu étranger, et le fait décoller dans toutes ses parties ; par de nouvelles contractions, elle lui fait franchir son orifice. Parvenu dans le vagin, il fatigue la femme qui, par de légers efforts, en effectue l'expulsion. Quelques petits caillots, un peu de sang fluide suivent. La matrice diminue de capacité, et forme derrière et au-dessus du pubis une boule d'une certaine dureté.

D. *Que doit-on observer avant de délivrer la femme dans les cas ordinaires ?*

R. Il faut observer si la matrice a bien pris son ressort, et pour cet effet passer une main au-dessus des os pubis, pour savoir s'il existe dans la région hypogastrique une tumeur dure et arrondie ; si la femme éprouve des coliques et que le sang coule,

on juge par là que le placenta est décollé en tout ou en partie, et qu'il est temps de l'extraire. Lorsque le moment favorable est venu, on saisit le cordon ombilical d'une main garnie d'un linge sec; on l'amène doucement vers soi, en le balançant de haut en bas et de droite à gauche. Lorsque, par ce moyen, le placenta est parvenu à l'orifice du vagin, on ne tire plus sur le cordon, mais d'une main on soutient la vulve, et de l'autre on saisit par un de ses bords le placenta, que l'on roule sur lui-même pour faciliter sa sortie. On continue, tout en tirant, de faire éprouver une torsion aux membranes pour éviter leur déchirement; on examine ensuite si l'arrière-faix est entier.

D. *Que doit-on faire lorsqu'on éprouve de la résistance en tirant sur le cordon, et qu'en le suivant on ne trouve le placenta ni dans le vagin ni sur le col de la matrice?*

R. Lorsqu'on éprouve de la résistance en tirant sur le cordon, on doit attendre s'il n'y a pas d'accident, et faire de légères frictions sur le bas-ventre et la poulie de renvoi dans toutes les directions.

Cette poulie consiste à faire rouler le cordon, si toutefois il est assez fort, entre le doigt indicateur et celui du milieu, appliqués au côté opposé à l'attache du placenta. On a dû reconnaître auparavant où est cette attache, en introduisant un doigt profondément dans l'orifice de la matrice, et en observant sur quel point de son bord le cordon se contourne.

D. *Lorsque le placenta est retenu par une contraction subite du col de la matrice, que faut-il faire?*

R. Lorsque le placenta est retenu par une contraction subite du col de la matrice, il faut attendre le relâchement du col de ce viscère; car dans les accouchemens à terme ces sortes de contractions ne durent pas long-temps, et l'arrière-faix tombe bientôt dans le vagin.

D. *Quelle est la manière d'extraire le placenta lorsque le cordon ombilical est rompu?*

R. Lorsque le cordon ombilical est rompu, s'il n'y a pas d'autre accident, on laisse agir la nature; les seules contractions de la matrice expulsent le placenta : on facilite sa sortie lorsqu'il est parvenu dans le vagin.

D. *Quel accident peut-on occasionner, lorsqu'on tire avec violence sur le cordon ombilical?*

R. Lorsqu'on tire avec violence sur le cordon, on peut le rompre s'il est faible; s'il est fort, on peut décoller subitement le placenta ou en déchirer une portion, ainsi que les membranes et les vaisseaux de la matrice. On peut aussi occasionner le renversement de ce viscère, s'il n'a pas bien repris son ressort. *(V. 19.e instr.)*

D. *Quelles sont les circonstances où l'on est obligé de délivrer promptement la femme?*

R. On est obligé de délivrer promptement la femme dans le cas de perte de sang apparente ou interne, de syncopes, de convulsion ou d'inertie de matrice accompagnée d'hémorragie.

On doit différer de délivrer dans le cas d'inertie de la matrice sans hémorragie, de trop forte adhérence ou de chatonnement du placenta.

D. *Comment doit-on s'y prendre pour aller chercher le placenta dans la matrice, lorsqu'il est urgent de délivrer la femme?*

R. Pour aller chercher le placenta dans la matrice, lorsqu'il est urgent de délivrer la femme, on assujettit extérieurement le fond de la matrice, on dilate l'orifice du vagin, et ensuite celui de la matrice, en y insinuant successivement les doigts d'une main, les uns après les autres, et en les écartant ensuite en forme de cercle, jusqu'à ce qu'on puisse introduire la totalité de la main. Cela fait, en suivant le trajet du cordon, on applique le dedans de la main sur la partie vasculeuse du placenta; on en cherche la portion décollée; on achève de la décoller en entier, en passant, entre cette portion et la matrice, la main dont la face postérieure sera appliquée sur la face interne de ce viscère. On ne doit tirer le placenta que lorsqu'on sent qu'il a totalement perdu son adhérence, et on le roule sur lui-même pour faciliter sa sortie.

Si le placenta était si fortement adhérent à la matrice, qu'on ne put l'en séparer, il faudrait attendre un moment plus favorable à son extraction, pourvu qu'il n'y ait pas perte de sang; mais s'il y a une perte abondante, elle est produite par le défaut d'adhérence de quelque portion du placenta. On doit déchirer cette partie, l'entraîner

au-dehors, et s'occuper d'arrêter l'hémorragie par les moyens appropriés. *(V. 23.e instr.)*

Quand la perte aura cessé depuis quelques heures, l'on fera des fréquentes injections dans la matrice avec des décoctions de mauves ou de graine de lin. On prescrira de fomentations sur le bas-ventre, on donnera de lavemens, et on abandonnera l'expulsion du restant du placenta aux seules forces de la nature, plutôt que de risquer d'occasionner une inflammation ou un déchirement de la matrice, en le décollant avec force.

D. *Dans quel cas peut-il y avoir une grande étendue du placenta décollé sans perte apparente?*

R. Il peut y avoir une grande étendue du placenta décollé sans perte apparente, lorsque tous les bords du placenta sont parfaitement adhérens, et que son centre seul est décollé; le sang alors retenu entre le corps du placenta et la face interne de la matrice, ne peut pas s'épancher au-dehors.

L'adhérence du placenta, plus forte dans ses bords que dans son centre, ou les tiraillemens faits sur le cordon ombilical attaché dans cette partie, peuvent également occasionner cet accident.

Dans ces cas, il faut essayer de décoller celui de ses bords qui offre le moins de difficultés; et si on n'y pouvait réussir, on percerait le centre du placenta pour faire parvenir la main jusqu'à ses bords, et les décoller successivement.

D. *Par quels moyens peut-on savoir s'il est resté quelques portions du placenta dans la matrice?*

R. Après avoir délivré la femme, il faut toujours faire l'examen du placenta; et par là on s'assure s'il en est resté quelque portion dans la matrice, ou s'il est sorti en entier. Si le placenta a été extrait par morceaux, on doit en raprocher toutes les parties extraites pour conjecturer s'il en manque; je dis conjecturer, parce que quoique le placenta paraisse entier, il est possible qu'il soit resté des cotyledons, ce qu'on ne peut reconnaître d'une manière certaine qu'en portant la main dans la matrice.

On doit les extraire s'ils occasionnaient une hémorragie; mais on peut s'en dispenser lorsque la perte est peu considérable, et qu'il y a de la difficulté à pénétrer dans la matrice; alors les injections émollientes peuvent, en relâchant le col de ce viscère, favoriser la sortie de cette portion du placenta, si elle a perdue son adhérence.

D. *Qu'entend-on par placenta chatonné ou enkisté?*

R. On dit que le placenta est chatonné, lorsqu'il est comme renfermé dans une espèce de poche, distincte de la cavité principale de la matrice : la contraction irrégulière et permanente de ce viscère, aussitôt après la sortie de l'enfant, occasionne un étranglement dans sa cavité, et y forme une poche particulière; c'est ce qui donne lieu au chatonnement.

D. *Comment reconnaît-on intérieurement que le placenta est enkisté ou chatonné?*

R. On reconnaît intérieurement que le placenta

est chatonné, lorsque après avoir introduit la main dans la matrice, on ne le trouve pas dans sa cavité, et qu'on y observe une espèce d'orifice qui est celui de la poche qui contient le placenta ; cet orifice est plus aisé à découvrir lorsque le cordon n'est pas rompu parce qu'il y conduit directement. Dans ce cas, si la nature ne surmonte pas cette difficulté, après avoir introduit la main dans la matrice, et trouvé l'ouverture de la poche ou du chaton, on la dilate avec précaution, et on enlève le placenta s'il est détaché ; s'il ne l'est pas, on le détache d'abord, et ensuite on l'extrait.

D. *De quels moyens peut-on se servir pour dilater l'orifice, lorsqu'on éprouve de la difficulté?*

R. Lorsqu'on éprouve cette difficulté, il faut presser extérieurement d'une main la partie du fond de la matrice qui renferme le placenta, pendant qu'on introduit successivement les doigts de l'autre main pour dilater l'orifice du chaton. Ces deux mouvemens doivent être faits ensemble. Après avoir extrait un placenta chatonné, il faut introduire de nouveau la main pour faire contracter la matrice le plus régulièrement possible.

D. *Comment doit-on délivrer dans le cas de jumeaux?*

R. Dans le cas de jumeaux, il faut attendre que les deux enfans soient sortis, et lorsque le temps de délivrer est venu, on tire en même-temps sur les deux cordons comme s'il n'y avait qu'un seul enfant. Si on éprouve de la résistance de la part

d'un des cordons, on continue de tirer sur l'autre jusqu'à ce qu'on ait fait l'extraction du placenta; quand il est sorti, on examine avec soin s'il est commun aux deux enfans, ce qu'on reconnaîtra par l'attache des deux cordons ombilicaux, ou à son centre, ou à ses bords.

D. *Pourquoi ne doit-on délivrer, dans le cas de jumeaux, qu'après la sortie de tous les enfans?*

R. Dans ce cas, on ne doit délivrer qu'après la sortie de tous les enfans, parce que souvent il n'y a qu'un seul placenta pour deux, et même pour trois enfans; et qu'il arriverait des accidents pour les enfans, et même pour la mère, si on la délivrait après la sortie du premier. Il faut cependant extraire l'arrière-faix de ce premier enfant, lorsqu'on le trouve sur l'orifice de la matrice, et qu'il empêche de s'assurer de la position du second.

D. *Quel accident devrait-on craindre si on délivrait la femme après la sortie du premier enfant?*

R. Si le placenta était commun aux jumeaux, l'accident le plus funeste serait une hémorragie pour la mère, occasionnée par le décollement prématuré du placenta, et la mort des enfans restés dans la matrice.

D. *A quels signes connaît-on, après la sortie d'un enfant, qu'il y en a un autre dans la matrice?*

R. On connaît, après la sortie d'un enfant, qu'il y en a un second, au volume de la matrice, qui

est plus considérable que celui qu'elle a ordinairement lorsqu'elle ne contient qu'un arrière-faix.

On s'assure de son volume, en passant la main sur le bas-ventre, et en le comprimant légérement; mais le moyen le plus assuré, c'est d'introduire la main dans la matrice.

D. *Dans le cas de fausse couche, est-il plus difficile ou plus facile de délivrer que dans un accouchement à terme?*

R. Dans le cas de fausse couche, moins la femme est avancée dans la grossesse, plus la délivrance est difficile, si elle ne s'opère pas d'elle-même, parce que dans les premiers mois de la gestation, on ne peut ni tirer sur le cordon ombilical, qui est trop faible, ni introduire la main dans la matrice. Mais le plus souvent tout le produit de la conception sort à-la-fois.

Pour aider à la sortie du placenta à la première époque de la grossesse, s'il ne sort pas tout seul, on fait des frictions sur le bas-ventre de la femme; on introduit le doigt indicateur dans l'orifice de la matrice, pour tacher de l'entraîner s'il est tombé sur le col : si l'on ne peut y réussir, et que l'on craigne de déchirer le placenta, il faut le laisser; cette masse spongieuse entretient la dilatation du col, et la matrice finit par l'expulser.

S'il survenait une hémorragie à raison du séjour du placenta, si on ne peut en extraire la totalité, on doit temponner le col de la matrice et le vagin; et appliquer sur le bas-ventre et sur les cuisses des

serviettes imbibées de vinaigre. Le tempon ne s'oppose pas à l'expulsion du placenta, au contraire, il l'accélère en donnant de l'énergie et de l'action à la matrice. (*V.* 23.e *instr.*)

D. *Quels sont les signes de la putréfaction du placenta dans la matrice?*

R. Le long séjour que le placenta fait dans la matrice occasionne la putréfaction; on le reconnaît par l'écoulement d'une sanie d'odeur putride, ressemblant par sa couleur et sa consistance à la lie de vin, ou au marc de café.

Dans ce cas, il faut faire des injections d'abord anti-septiques, avec la décoction d'absynthe, ensuite détersives avec la décoction d'orge miellée.

S'il survenait des accidens, tels que la fièvre ou menace d'inflammation de la matrice, alors on appelera un médecin.

18.e INSTRUCTION.

Des soins à donner à l'accouchée lorsqu'elle est délivrée; de ses vêtemens; de la préparation de son lit; du régime qu'elle doit suivre; des tranchées; des lochies; de leur suppression; de la fièvre de lait, et de la fièvre puerpérale.

D. *Quels soins doit-on avoir pour une femme qui vient d'être délivrée.*

R. Après avoir délivré la femme, il faut intro-

duire un ou deux doigts dans l'orifice de la matrice, pour s'assurer que le fond n'est pas tombé sur le col ; frictionner le bas-ventre ; passer autour une serviette serrée avec précaution ; appliquer un chauffoir sur la vulve ; faire allonger les jambes et rapprocher les cuisses ; garantir la femme du froid, en la couvrant modérément ; lui donner un bouillon, et ne la transporter dans son lit que lorsque ses forces le permettront ; il faut aussi recommander le silence à l'accouchée ; lui défendre les mouvemens violens du corps, et éviter qu'elle n'éprouve de fortes affections de l'ame : si elle s'endort, on doit prendre garde que le sang ne coule pas avec trop d'abondance, et qu'elle ne s'affaiblisse point ; ce qu'on reconnaîtra à l'état du pouls, à la pâleur des joues et des lèvres.

D. *Quel est l'habillement qui convient à une femme nouvellement accouchée ?*

R. Une femme nouvellement accouchée doit être vêtue comme elle l'est ordinairement, ayant toujours égard à la saison. On appliquera sur ses mamelles une serviette douce pliée en quatre, qui sera maintenue par un manteau de lit. Lorsque la malade aura quitté son linge, et qu'elle en aura pris qui soit bien sec, et non pas chaud, on la transportera dans son lit, préparé d'une manière convenable, elle s'y tiendra environ vingt-quatre heures couchée sur le dos, et dans un état de propreté autant qu'il sera possible.

D. *Comment doit être préparé son lit ?*

R. Il doit être plus élevé vers la tête que vers les pieds; le matelas de dessus doit être couvert d'un drap plié en quatre, et d'un autre dans toute sa longueur; au milieu de celui-ci, dans l'endroit où la malade doit reposer, sera un troisième drap plié en plusieurs doubles. Le lit arrangé de cette manière sera bassiné et découvert un instant pour éviter la trop grande chaleur.

D. *Quel doit être le régime d'une nouvelle accouchée après un travail facile, et qui n'a été suivi d'aucun accident?*

R. Si une nouvelle accouchée, après un travail facile et qui n'a été suivi d'aucun accident, est nourrice, on lui accordera plus de nourriture, de la soupe aux herbes ou au bouillon gras, des panades, des crêmes de riz, de croûtes de pain avec de la confiture, jusqu'après la fièvre de lait; alors on lui donnera du poisson, de la volaille, etc. La boisson ordinaire sera de la tisanne de chien-dent ou de l'eau sucrée; et pendant le repas, de l'eau avec du vin. On éloignera d'elle toute espèce d'odeur agréable ou mauvaise; on aura soin de renouveler l'air de sa chambre vers midi. Son lit sera fait au moins toutes les vingt-quatre heures. On ne lui laissera voir les premiers jours que les personnes nécessaires. Ce n'est qu'au bout du neuvième jour qu'elle peut se tenir debout sans inconvénient; et elle ne doit sortir qu'après le quinzième, encore faut-il avoir égard à ses forces et à la saison.

D. *Quels sont les moyens propres à remédier*

à l'inflammation et au déchirement des parties génitales?

R. Lorsqu'il y a inflammation ou déchirement aux parties génitales, il faut les laver plusieurs fois par jour avec une décoction tiède de racine de guimauve, ou avec du lait : on y substituera ensuite l'infusion de fleurs du sureau et de camomille, ou du vin un peu miellé. S'il y a déchirement, on tiendrait les lambeaux de la plaie rapprochés par un bandage convenable.

D. *Quelles sont les causes des coliques après l'accouchement?*

R. Les coliques après l'accouchement peuvent venir de l'engorgement des parois de la matrice, des spasmes, des rots utérins, des caillots de sang, ou de quelques portions du placenta ou des membranes retenus dans la matrice.

Lorsqu'il survient un état spasmodique, que le ventre prend subitement de l'accroissement, il faut dilater l'orifice de la matrice, pour faciliter la sortie des corps étrangers; faire des frictions sur le bas-ventre, des fomentations émollientes, donner des lavemens, et faire boire une légère infusion de tilleul. Si les tranchées sont très-vives, on prescrira une potion calmante. (1)

D. *Quelles informations doit-on prendre lorsque l'on va visiter l'accouchée?*

---

(1) Eau d'armoise trois onces, de fleurs d'oranger une once, sirop de diacode demi once; à prendre par cuillerées de deux en deux heures.

R.

R. Lorsqu'on va visiter l'accouchée, on doit tâter le pouls pour voir s'il y a fièvre ; on s'informe si les lochies coulent, on s'en assure en examinant les chauffoirs ; on demande si le ventre est douloureux et s'il est libre : s'il ne l'est pas, on donne des lavemens émolliens.

D. *Qu'est-ce que les lochies ?*

R. Les lochies sont un dégorgement de sang qui se fait par la vulve à la suite des couches, et qui, communément après vingt-quatre heures, devient séreux et blanchâtre : sa durée et sa qualité varient suivant les différents sujets.

D. *Que doit-on faire si les lochies s'arrêtent subitement, et si cette suppression est accompagnée de fièvre ?*

R. Si les lochies s'arrêtent subitement, et si cette suppression est accompagnée de fièvre, on doit appeler un médecin, et en attendant faire sur le bas-ventre des fomentations émollientes ; donner des lavemens de même nature ; faire prendre des boissons rafraîchissantes, comme l'eau de poulet ou le petit lait. Il est des cas où il convient de prescrire des bains de pieds chauds, et des demi-bains faits avec des décoctions émollientes.

D. *Quels sont les cas en général où les suites des couches exigent les soins d'un médecin ?*

R. On doit avoir recours à un médecin, toutes les fois que la femme est accouchée ayant auparavant la fièvre, ou qu'elle se déclare en même-temps que l'accouchement, et qu'elle continue après la durée

ordinaire de la fièvre de lait. La fièvre est le symptôme d'une infinité de maladies dangereuses auxquelles sont sujettes les femmes après l'accouchement même le plus heureux.

D. *Comment distingue-t-on la fièvre de lait de toute autre?*

R. La fièvre de lait se déclare pour l'ordinaire du troisième au quatrième jour de l'accouchement; alors les lochies diminuent, les mamelles se gonflent et se durcissent; cette fièvre, qui est plus ou moins forte, dure à-peu-près vingt-quatre heures, et finit insensiblement par une sueur plus ou moins abondante, et d'une odeur très-aigre qui se continue aussi pendant vingt-quatre heures et même plus.

Durant cette fièvre, on doit prescrire la diète et une boisson abondante, un peu chaude, pour soutenir la transpiration. Lorsque cette fièvre est trop forte, elle s'oppose au transport du lait vers les seins; en ce cas il peut être nécessaire de saigner.

D. *Les femmes nouvellement accouchées ne sont-elles pas quelquefois attaquées d'une autre espèce de fièvre que les sages-femmes doivent connaître?*

R. Les femmes nouvellement accouchées sont quelquefois attaquées d'une autre espèce de fièvre qu'on nomme puerpérale; elle se déclare pour l'ordinaire le troisième jour après l'accouchement, et quelquefois plutôt, même dès les premières heures; un frisson plus ou moins violent se manifeste, le pouls devient petit, concentré et un peu accé-

léré ; le sein s'applatit, le ventre se gonfle, devient excessivement douloureux au plus léger attouchement, et particulièrement vers la région de la matrice ; les lochies ne couleut que faiblement ; il survient aussi quelquefois de légères envies de vomir, des vomissemens même, un dévoiement laiteux et très-fétide.

D. *Quels remèdes doit-on employer dans la fièvre puerpérale, si l'on ne peut avoir le secours d'un médecin ?*

R. Si l'on ne peut se procurer les secours d'un médecin, on donnera aussi près que possible de l'invasion de la maladie, l'ipécacuanha, à la dose de vingt grains en deux prises, à demi-heure ou une heure d'intervalle, et l'on fera abondamment boire de l'eau tiède pendant l'effet de ce remède ; ou purgera le lendemain, où l'on reviendra au vomitif, suivant l'état de la langue et de l'estomac ; on tiendra la malade à la diète la plus sévère, aux bouillons d'herbes légèremens nourrissans, aux crêmes de riz et d'orge ; après avoir bien évacué, il faut faire prendre des remèdes propres à donner du ton et à augmenter les forces, tels que les amers et surtout le quinquina. Ce traitement réussit lorsque cette fièvre est décidée par une affection gastrique, ce qui a lieu le plus souvent ; mais cette maladie est quelquefois une vraie inflammation ; elle est d'ailleurs susceptible de plusieurs complications, et le traitement en est alors fort difficile. Dans tous les cas, je le répète, on ne peut pas se dispenser d'appeler un médecin.

19.e INSTRUCTION.

Des causes qui peuvent rendre l'accouchement laborieux ou contre-nature, tant de la part de la mère que de l'enfant ou de l'arrière-faix, et des moyens d'y remédier.

D. *Comment divise-t-on les causes qui peuvent retarder l'accouchement, et le rendre laborieux et contre-nature, l'enfant étant dans une position naturelle?*

R. On distingue ces causes en légères et en graves, dépendantes de la mère, de l'enfant ou de l'arrière-faix.

D. *Quelles sont les causes légères dépendantes de la mère qui peuvent retarder l'accouchement, auxquelles une sage-femme peut remédier?*

R. Les causes légères dépendantes de la mère, sont la mauvaise situation de la femme en travail; des matières retenues dans l'intestin rectum; la retention d'urine dûe à la pression de la tête du fœtus; la cessation ou le ralentissement du travail; la rigidité du col de la matrice; la contraction de son orifice sur le col de l'enfant; l'obliquité de ce viscère; sa descente ou celle du vagin.

D. *Quelles sont les causes légères dépendantes de l'enfant qui peuvent retarder l'accouchement, auxquels une sage-femme peut remédier?*

R. Les causes légères dépendantes de l'enfant, sont les suivantes : la tête de l'enfant peut se trouver trop grosse relativement au bassin ; elle peut se présenter dans une position défavorable, ou la prendre en descendant dans le petit bassin : une main ou un pied peuvent se présenter avec la tête, ainsi que des parties d'un second enfant ; les épaules peuvent être trop grosses ou mal situées dans le petit bassin.

D. *Quelles sont les causes légères dépendantes de l'arrière-faix qui peuvent retarder l'accouchement, auxquelles une sage-femme peut remédier?*

R. Ces causes se réduisent à ces cas-ci : lorsque le placenta est attaché par un de ses bords à l'orifice de la matrice ; lorsque le cordon se présente au devant de la tête sans être comprimé, ou qu'il fait plusieurs circonvolutions autour du cou de l'enfant ; lorsque les membranes sont trop dures ou trop lâches ; lorsqu'il y a trop ou trop peu d'eau dans l'amnios.

D. *Quelles sont les causes graves dépendantes de la mère qui exigent les secours d'un accoucheur?*

R. Les causes graves dépendantes de la mère, sont les vices de conformation ; les maladies des parties molles de la génération ; une pierre qui serait retenue dans le col de la vessie ; quelque hernie menaçant d'étranglement pendant les efforts du travail ; un saignement de nez considérable ; un crachement de sang abondant, une hémorragie de matrice apparente ou cachée ; des syncopes fréquentes ; des convulsions ; la rupture de la matrice,

son renversement après la sortie de l'enfant ; les conceptions extra-utérines.

D. *Quelles sont les causes graves dépendantes de l'enfant qui exigent les secours d'un accoucheur ?*

R. Ces causes graves dépendantes de l'enfant sont lorsque la tête est enclavée ; qu'il y a hydrocéphale, hydropisie de poitrine ou du bas-ventre ; des tumeurs considérables sur quelques parties du corps ; lorsque le fœtus est putréfié, décollé, ou qu'il y a quelque monstruosité.

D. *Quelles sont les causes graves dépendantes de l'arrière-faix qui exigent les secours d'un accoucheur ?*

R. Les causes graves dépendantes de l'arrière-faix ont lieu lorsque le placenta est adhérent par son centre à l'orifice de la matrice, ou que la tête comprime le cordon, l'enfant étant vivant.

Moyens de remédier aux causes légères provenant de la mère.

D. *Comment reconnaît-on que la femme est mal située pour l'accouchement ?*

R. On reconnaît que la femme est mal située pour l'accouchement, à l'enfoncement du bassin et à la position trop élevée de la poitrine. Il faut abaisser la poitrine et relever beaucoup le bassin. *(V. 15.e instr.)*

D. *A quoi reconnaît-on qu'il y a des excrémens retenus dans l'intestin rectum ?*

R. En portant le doigt indicateur postérieure-

ment dans le vagin, on trouve l'intestin rectum plein de matières fécales; il faut débarrasser cet intestin en donnant quelques lavemens émolliens.

D. *A quels signes peut-on reconnaître qu'il y a retention d'urine, et qu'elle est produite par la pression que fait la tête du fœtus sur le col de la vessie?*

R. On reconnaît la retention d'urine, produite par la pression de la tête du fœtus, à l'impossibilité d'uriner, quoique le besoin s'en fasse sentir; à la tension, à la douleur, et à une tumeur de la région hypogastrique qui est au-devant de la matrice; et lorsqu'en touchant intérieurement, on sent que la tête du fœtus porte sur le col de la vessie. Alors il faut introduire un ou plusieurs doigts dans le vagin, pour soulever la tête du fœtus, et faciliter la sortie des urines. Si ce moyen ne réussit pas, on doit sonder la femme en même-temps qu'on relève la tête de l'enfant.

D. *Quelles sont les causes de la cessation ou du ralentissement du travail après l'évacuation des eaux?*

R. Le ralentissement ou la cessation du travail peut dépendre de la faiblesse naturelle de la femme, ou de celle que lui procure un travail long et pénible. Dans ce cas, le repos sur son lit, de bons bouillons et un peu de vin vieux peuvent rappeler ses forces. Si l'accouchement est retardé par l'inertie de la matrice, il faut réveiller son action en agaçant son orifice, au moyen de deux doigts

qu'on y introduit, et qu'on écarte comme pour le dilater ; des compresses imbibées de vinaigre appliquées sur les cuisses et sur le ventre, produisent souvent un bon effet.

D. *A quoi reconnaît-on que le travail est retardé par la rigidité du col de la matrice ?*

R. On reconnaît la rigidité du col de la matrice lorsque la femme a des fortes douleurs, sans que l'orifice se dilate et qu'il reste dur et épais. On peut vaincre cette résistance par la saignée du bras, les fumigations, les injections émollientes, les demi-bains et les lavemens.

D. *Comment s'aperçoit-on que la sortie de l'enfant est retardée par la contraction de l'orifice de la matrice sur le cou ?*

R. On ne peut reconnaître la contraction de l'orifice de la matrice sur le cou de l'enfant, (accident très-rare) que lorsque la tête est déjà hors de la vulve ; en portant le doigt pour aller dégager l'épaule, on sent une espèce de ceinture que forme l'orifice de la matrice, et qu'on distingue facilement de celle qui serait formée par le cordon ombilical qui entourerait le cou. Pour éviter que la contraction ne fasse périr l'enfant, il faut, dans l'intervalle des douleurs, insinuer un doigt de chaque main entre l'enfant et l'orifice. On tourne ces doigts tout autour pour opérer la dilatation jusqu'au point où on peut saisir les épaules, qu'on tire, pendant la douleur, de la manière indiquée.

D. *Comment reconnaît-on l'obliquité de la matrice, au moment de l'accouchement ?*

R. On reconnaît l'obliquité de la matrice, lorsqu'en touchant intérieurement, on ne rencontre pas l'orifice vers l'axe du bassin; on peut réduire les différentes obliquités en faisant coucher la femme du côté opposé au fond de la matrice, et si la position ne suffit pas, on introduit un ou deux doigts d'une main jusqu'à l'orifice de ce viscère, pour le ramener doucement, pendant la douleur, vis-à-vis l'axe du petit bassin; et de l'autre main, on dirige le fond vers le nombril : les deux mains servent ainsi à fixer la matrice jusqu'à ce que la tête de l'enfant soit engagée dans le petit bassin.

D. *A quoi reconnaît-on la descente de matrice dans le temps de l'accouchement?*

R. On reconnaît la descente de matrice dans le temps de l'accouchement, lorsqu'on trouve plus ou moins au-dehors de la vulve une espèce de globe formé par le col de la matrice, au milieu duquel on reconnaît l'orifice de ce viscère. Pour y remédier, il faut faire garder le lit à la malade, étant couchée sur le dos, et ayant les fesses très-élevées; soutenir la portion de la matrice qui est en dehors de la vulve, pour empêcher qu'elle ne descende plus bas : à cet effet, on entourera le col de la matrice avec le pouce et le doigt indicateur des deux mains, jusqu'à ce que la dilatation étant suffisante, une aide puisse recevoir l'enfant.

Si la descente de matrice subsistait après la suite des couches, on ferait garder le lit à la femme avec la plus grande exactitude et le plus long-temps

possible, pour éviter, si cela se peut, l'application du pessaire.

D. *A quels signes peut-on reconnaître la descente du vagin ?*

R. On reconnaît la descente du vagin par un cercle plus ou moins épais, tantôt rouge et tantôt de couleur livide formé à la vulve. Dans ce cas, on fera garder le lit à la malade, le bassin élevé plus que les épaules ; et si la descente du vagin ne peut pas être attribuée à l'enclavement de la tête de l'enfant, on fera un cercle avec le pouce et le doigt indicateur des deux mains, et l'on soutiendra ainsi la vulve jusqu'à ce que l'enfant soit sorti et reçu par une aide.

Lorsque les lochies auront cessé de couler, on bassinera cette partie avec des lotions astringentes faites avec du gros vin rouge et des roses de Provins ; on fera aussi garder le lit plus long-temps que dans les couches ordinaires.

De ce qu'il faut opposer aux causes graves provenant de la mère.

D. *Comment reconnaît-on qu'il y a une pierre dans le col de la vessie ?*

R. On reconnaît qu'il y a une pierre dans le col de la vessie, en introduisant le doigt dans le vagin, et le portant le long de la symphise du pubis : on parvient quelquefois à toucher la pierre dans le col de la vessie.

D. *Quels sont les signes de l'étranglement d'une hernie ?*

R. Les signes de l'étranglement d'une hernie, sont la douleur, l'inflammation, les envies de vomir, les vomissemens, la fièvre, etc. Il faut, dans ces deux cas, appeler un chirurgien.

Si la hernie ne menaçait pas d'étranglement, il suffirait de faire rester la femme au lit, les genoux fléchis, et de fixer la tumeur avec la paume de la main pendant la douleur.

D. *Quelle est la cause qui peut exciter, pendant le travail, un saignement de nez considérable, ou un crachement de sang abondant ?*

R. Ce n'est qu'une cause éloignée qui peut exciter un saignement de nez considérable, ou un crachement de sang abondant ; le plus souvent ces accidens sont produits par la pression qu'exerce sur les gros vaisseaux du bas-ventre, la matrice distendue, ou par les efforts que fait la femme pour expulser le fœtus, qui font refluer le sang vers les parties supérieures, et sur-tout vers la tête : on peut encore regarder comme produisant le même effet, la compression qu'exercent les vêtemens trop serrés. Il faut avoir recours à un accoucheur, qui jugera si la saignée est convenable, ou s'il faut faire l'accouchement forcé.

D. *Quelle est la cause de la perte de sang apparente ou cachée, qui oblige le plus souvent à terminer promptement l'accouchement ?* (V. 23.e instr.)

R. La perte de sang est constamment la suite du décollement du placenta, et peut avoir lieu daus tous les temps de la grossesse.

D. *Qu'entend-on par perte de sang cachée ?*

R. On donne le nom de perte de sang cachée, à celle qui ne se manifeste pas en dehors, parce que l'épanchement de sang se fait entre la matric et le placenta, où il est retenu par la forte adhérence des bords du placenta ; ou entre la matrice et le corion, où il est retenu par la contraction naturelle du col de la matrice, avant l'époque de sa dilatation pour le travail de l'accouchement. Elle s'annonce par une douleur sourde et profonde, accompagnée d'un sentiment de pesanteur, qui devient plus sensible à mesure que l'épanchement augmente ; la matrice s'élève, et en peu de temps prend autant d'accroissement qu'elle en a acquis pendant deux ou trois mois de grossesse ; alors les douleurs de l'accouchement ne tardent pas à se manifester. Dans le cas de perte cachée, si l'orifice de la matrice s'ouvre, les caillots de sang s'échappent, et le sang coule au-dehors lorsque l'orifice est suffisamment dilaté.

D. *Que doit faire une sage-femme si elle s'aperçoit ou si elle presume qu'il existe une perte considérable pendant le travail de l'accouchement ?*

R. Elle doit appeler un chirurgien, et en attendant elle doit imbiber de vinaigre des compresses qu'elle appliquera sur le ventre et les cuisses de la malade, et renouveler souvent cette application,

introduire un tampon dans le vagin, et même s'il est possible dans le col de la matrice; faire garder à la femme la position horizontale, lui prescrire le plus grand repos et le silence; entretenir la fraîcheur de l'air de la chambre, et soutenir les forces par des cuillerées de bon bouillon souvent réitérées; donner pour boisson de la limonade ou de l'oxycrat légèrement sucré et froid. Si on avait employé sans succès tous ces moyens, et que la femme fut en danger de périr, on exciterait les contractions de la matrice par de continuelles frictions sur le bas-ventre; on agacerait l'orifice de la matrice en y introduisant deux doigts; on déchirerait les membranes si les eaux n'étaient pas écoulées, et on essayerait de dilater forcément l'orifice de la matrice, pour terminer l'accouchement par les pieds.

D. *Ne peut-il pas se former des épanchemens de sang dans l'amnios?*

R. Il peut se former des épanchemens dans l'amnios, mais ils sont occasionnés par la rupture du cordon ombilical, et suivis de la mort de l'enfant. Cet accident est sans danger pour la mère : il peut effrayer les assistans, parce qu'après le déchirement des membranes, le sang s'écoule avec les eaux et les teint en rouge.

D. *Que doit faire une sage-femme lorsqu'il survient des syncopes ou de longs évanouissemens à une femme en travail?*

R. Dans le cas de syncopes, on doit tenir la femme couchée à plat, exposée à un courant d'air

frais ; lui frotter de vinaigre le nez, les tempes et la paume des mains. S'il n'y a pas de perte, et si on n'en soupçonne pas, profiter de l'intervalle des syncopes pour lui faire avaler quelques cuillerées de bon vin. Si ces moyens ne produisent pas d'effet, il faut avoir recours à un chirurgien ; et s'il n'y en a pas à portée, l'on doit tenter de faire l'accouchement forcé.

D. *Qu'entend-on par convulsions ?*

R. Les convulsions sont des mouvemens irréguliers et involontaires des muscles, aux yeux, à la machoire, au cou, au tronc ou aux extrémités. Ils peuvent se manifester périodiquement ; ou tout-à-coup, dans tout le cours de la grossesse, ou au moment de l'accouchement.

D. *Que doit faire une sage-femme lorsqu'il survient des convulsions pendant le travail de l'accouchement ?*

R. Les moyens de calmer les convulsions sont aussi variés que leurs causes : ce n'est donc qu'un homme de l'art, instruit, qui peut déterminer les secours à employer. En attendant ses conseils, on évitera de causer de l'irritation d'aucune manière.

D. *Qu'entend-on par rupture de matrice?*

R. La rupture de la matrice est un déchirement de ce viscère dans un de ses points, par lequel l'enfant peut passer en partie ou en totalité, ainsi que le placenta, hors de la matrice, et pénétrer dans la cavité du bas-ventre.

Les causes qui peuvent donner lieu à la rupture

de la matrice, sont son action trop énergique et quelquefois convulsive; différentes maladies; les vices du bassin; les manœuvres violentes dans un accouchement contre-nature; les chûtes sur le bas-ventre, et les fortes pressions.

D. *Quels sont les symptômes qui font craindre une rupture de matrice?*

R. Les symptômes qui font craindre une rupture de matrice, sont le bas-ventre fort élevé, tendu et douloureux; le vagin retiré en haut; l'orifice de la matrice très-élevé; les douleurs de l'accouchement, fortes, fréquentes, et néanmoins ne faisant point dilater l'orifice de la matrice.

D. *Quels sont les signes extérieurs qui indiquent le moment où se fait une rupture de matrice?*

R. Au moment où la rupture de matrice se fait, la femme éprouve une vive douleur et jette un cri perçant; son visage pâlit; elle éprouve de fréquentes syncopes; son pouls s'affaiblit; la forme de son ventre change plus ou moins; il survient de sueurs froides; des mouvemens convulsifs; et la mort termine le plus souvent ses souffrances.

D. *Quels sont les signes internes de la rupture de la matrice?*

R. On reconnaît intérieurement la rupture de la matrice, en ce que si elle a lieu avant celle des membranes, la poche des eaux s'efface sur le champ et devient flasque; l'orifice de la matrice se resserre, à moins qu'il n'y ait une partie de l'enfant engagée; si l'enfant est passé en entier dans le bas-ventre,

la matrice se contracte sur elle-même comme après l'accouchement ordinaire, et on reconnaît aisément les membres de l'enfant en passant la main sur l'abdomen.

D. *Que doit faire une sage-femme lorsqu'elle a à craindre une rupture de matrice?*

R. Lorsqu'une sage-femme a à craindre une rupture de matrice, elle doit prescrire la saignée, les demi-bains, les fomentations émollientes sur le bas-ventre, et des injections avec des décoctions de graine de lin ou de mauves dans le vagin; mais comme ce cas est des plus dangereux, elle appelera un chirurgien; et s'il est éloigné, elle tâchera de terminer l'accouchement, si du moins il peut l'être par les voies ordinaires.

D. *Qu'entend-on par renversement de la matrice?*

R. On entend par renversement de matrice, le déplacement du fond de ce viscère, qui se porte vers son orifice, ou qui le dépasse en descendant dans le vagin ou même hors la vulve, ce qui fait qu'on distingue le renversement en incomplet et en complet (1).

Dans le renversement incomplet, le fond de la matrice semble sortir par son orifice; en passant la main sur le bas-ventre, on s'aperçoit que la matrice présente, dans sa partie supérieure, une sorte de cavité semblable au fond d'uue bouteille.

(1) Cet accident ne peut avoir lieu qu'après la sortie de l'enfant.

Dans

Dans le renversement complet, le fond de la matrice dépasse son orifice et quelquefois celui du vagin ; il forme en dedans et en dehors de ce canal un globe plus ou moins considérable, où l'on ne découvre point d'orifice ; en passant la main au-dessus des os pubis, on ne sent pas la matrice.

Ces accidens sont presque toujours suivis de pertes de sang, de convulsions, de syncopes, et de la mort, si on tarde à en faire la réduction.

D. *Quelles sont les causes du renversement de la matrice?*

R. L'inertie de la matrice est la principale cause de son renversement ; mais il peut encore survenir, si on se presse de délivrer en tirant avec force sur le cordon ombilical ; si la femme est accouchée debout ou trop promptement ; si on la fait pousser après que la tête et les épaules sont développées ; si le cordon est naturellement trop court ou entortillé autour du col ou du corps de l'enfant, et qu'on ne prenne pas les précautions nécessaires en pareil cas.

D. *Quels moyens doit-on employer pour remédier au renversement incomplet de la matrice?*

R. Dans le renversement incomplet, il faut tenir la femme couchée horizontalement, la poitrine basse, le siège élevé, les cuisses fléchies, introduire la main dans le vagin, et repousser doucement, peu-à-peu, avec les doigts réunis, le globe que forme le fond de la matrice ; et lorsqu'il est relevé suffisamment, le soutenir jusqu'à ce que toutes les

parties de la matrice soient contractées également; si la contraction tardait trop, on agacerait la cavité de ce viscère avec les doigts.

D. *Comment doit-on s'y prendre pour remédier au renversement complet de la matrice?*

R. Dans le renversement complet de la matrice, lorsqu'on aura donné à la femme la position convenable, on embrassera toute la tumeur avec le bout des doigts des deux mains, en pressant légèrement de devant en arrière et sur les côtés, le globe qu'elle forme; si cette pression est exercée d'une manière égale, elle diminue le volume du globe. On fait rentrer la première la partie du fond de la matrice la plus voisine de l'orifice du vagin, et toutes les autres rentreront successivement, et de la même manière, si elles ne rencontrent pas trop d'obstacles.

D. *Dans le cas de renversement complet de la matrice, quels sont les obstacles qui s'opposent à la réduction du fond de ce viscère?*

R. Les obstacles qui s'opposent à la réduction du fond de la matrice, sont la longueur du temps qui s'est écoulé depuis l'accident; l'endurcissement et l'inflammation de la tumeur qui en sont la suite ordinaire; la contraction forte de l'orifice du vagin et de celui de la matrice.

Dans ce cas, les secours prompts du chirurgien sont indispensables, mais le plus souvent inutiles.

D. *Si le placenta était adhérent au fond de la matrice renversée, faudrait-il l'extraire avant d'en faire la réduction?*

R. Si le placenta était adhérent au fond de la matrice renversée, il faudrait le rentrer avec la matrice et attendre, pour délivrer, la contraction de ce viscère.

D. *A quels signes peut-on reconnaître la grossesse extrà-utérine?*

R. Il est presque impossible de reconnaître la grossesse extrà-utérine avant l'époque où les mouvemens de l'enfant se font sentir; le toucher est le seul moyen pour s'en assurer. Si la grossesse a lieu dans une des trompes ou dans un des ovaires, on reconnaît dès les premiers mois de la grossesse une tumeur ronde, qui occupe un des côtés du bas-ventre, et qui ne peut être déplacée, et les mouvemens de l'enfant ne se font pas sentir au lieu ordinaire. Dans ces deux espèces de grossesse, ainsi que dans celle du bas-ventre, le corps de la matrice reste le plus souvent à-peu-près dans l'état naturel, même à une époque très-avancée; le col de ce viscère n'éprouve aucun changement, si ce n'est qu'il devient un peu plus gros dans certains cas, et il s'entr'ouvre un peu dans les efforts infructueux que fait la femme pour se délivrer de l'enfant. Souvent la femme est réglée. Comme ces sortes de grossesse ne peuvent se terminer par les voies ordinaires, elles doivent être entièrement confiées aux soins d'un accoucheur.

Moyens contre les causes légères provenant de l'enfant.

D. *Comment reconnaît-on que la tête de l'enfant est un peu trop grosse relativement au bassin?*

R. On reconnaît que la tête du fœtus est un peu trop grosse relativement au bassin, lorsqu'en touchant intérieurement on sent qu'elle remplit en totalité la partie du bassin où elle est placée, et qu'elle s'engage lentement, tandis qu'en même-temps il se forme une tumeur au cuir chevelu.

Si néanmoins la tête se présente dans une bonne position, et que l'accouchement ne soit retardé que par le volume de la tête, et s'il ne survient pas d'accident, il faut attendre patiemment et laisser à la nature le temps de surmonter cet obstacle.

D. *Si la tête se présente dans une position défavorable, ou la prend en s'engageant dans le petit bassin, que faut-il faire?*

R. Si la tête de l'enfant se présente dans une position défavorable, ou la prend en s'engageant dans le petit bassin, il faut agir de manière à ramener la tête *(V.* 12.e *instr.)* dans une position plus favorable. Lorsqu'une main ou un pied se présente avec la tête, si le bassin est grand, il est aisé de faire rentrer le pied ou la main, en les repoussant avec un ou deux doigts.

D. *S'il se présente avec la tête quelques parties d'un autre enfant, que doit-on faire?*

R. S'il se présente avec la tête quelque partie

d'un autre enfant, il faut écarter toutes les parties du second enfant qui s'opposeraient à ce que la tête du premier pût s'engager dans le petit bassin.

D. *A quoi reconnaît-on que les épaules de l'enfant sont trop grosses ou mal situées dans le petit bassin?*

R. On reconnaît que les épaules sont trop grosses ou mal situées, lorsque la tête est dégagée de la vulve, et que la femme a des fortes douleurs sans que les épaules paraissent.

Dans ce cas, il faut soutenir la tête d'une main, tandis que de l'autre on suit la partie latérale du col, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à l'épaule située postérieurement; alors, passant le doigt sous l'aisselle en forme de crochet, on la dégage; ensuite, saisissant l'autre épaule vers les os pubis, on la fait développer en tirant doucement.

Moyens contre les causes graves provenant de l'enfant.

D. *Qu'entend-on par l'enclavement de la tête du fœtus?*

R. L'enclavement est cet état dans lequel la tête de l'enfant est tellemment serrée par quelqu'un des points du bassin, qu'elle ne peut en être dégagée, et changer de position par les seuls efforts de la nature.

Les causes de l'enclavement, sont la mauvaise

position de la tête dans le petit bassin, sa grosseur excessive ou son trop de solidité, l'étroitesse du bassin. Lorsque la tête est enclavée, elle est entièrement fixée et ne cède à aucun mouvement; le cuir chevelu est tuméfié; le col de la matrice forme un bourrelet plus ou moins épais autour de la tête; le vagin s'engorge; les parties externes de la génération se gonflent, se noircissent et deviennent très-sensibles au toucher. Si on n'y remédie promptement, l'enfant meurt; et si la mère ne périt pas de même, elle éprouve du moins les accidens les plus fâcheux. Il faut avoir promptement recours à un accoucheur, pour terminer l'accouchement avec le forceps.

D. *Quelle est la maladie qu'on nomme hydrocéphale?*

R. L'hydrocéphale est un amas d'eau plus ou moins considérable, qui se forme dans l'intérieur du crâne : il y en a une autre espèce, qu'on nomme hydrocéphale externe, parce que l'eau a son siège entre le cuir chevelu et les os du crâne.

On reconnaît l'hydrocéphale par le moyen du toucher, au grand volume de la tête et à l'écartement extraordinaire des sutures et des fontanelles; la tête alors plus mollasse se durcit, et s'avance dans le temps de la douleur, comme fait la poche des eaux. Pour cette maladie, il faut avoir recours à un accoucheur.

D. *Qu'entend-on par hydropisie de poitrine et par celle du bas-ventre?*

R. C'est un amas d'eau formé dans la poitrine ou dans le bas-ventre ; l'hydropisie de poitrine est plus rare que celle du bas-ventre, et il est encore plus rare que l'une ou l'autre rendent l'accouchement impossible sans le secours de l'art.

Lorsque la tête et les épaules sont dégagées de la vulve, et que la femme a de fortes douleurs, sans que le corps puisse avancer, on peut présumer l'hydropisie du bas-ventre ; mais pour en être sûr, il faut porter la main sur le bas-ventre de l'enfant, et cela n'est pas facile. La prudence veut qu'on ait recours à un accoucheur.

D. *A quoi distingue-t-on une tumeur sur quelques parties du corps de l'enfant ?*

R. On ne reconnaît une tumeur sur quelques parties du corps de l'enfant, qu'en portant la main dans la matrice : si la tumeur est assez grosse pour s'opposer à la sortie de l'enfant, on doit faire appeler un accoucheur.

D. *A quels signes distingue-t-on, pendant le travail, que l'enfant est putrefié ?*

R. On distingue, peudant le travail, que l'enfant est putréfié, en ce que l'épiderme reste attaché aux doigts, ou que l'enfant sort par lambeaux. Dans ce cas, qui est très-rare, il sera prudent d'avoir recours à un accoucheur ; mais si on ne pouvait s'en procurer, on extrairait l'enfant, avec l'attention de réunir toutes les parties qui se seraient séparées, pour s'assurer qu'il n'en est resté aucune dans la matrice.

D. *Quelles sont les causes du décollement, lorsque l'enfant a présenté la tête ?*

R. Le décollement peut avoir lieu lorsque l'enfant a présenté la tête ; s'il est mort depuis longtemps, et si après l'expulsion de la tête hors de la vulve, on tire avec violence sur le cou, pour vaincre les obstacles qui s'opposent à la sortie des épaules. Dans ce cas, il faut développer les épaules, ainsi qu'il a été dit.

D. *Quelles sont les causes du décollement lorsqu'on a fait l'accouchement par les pieds ?*

R. Lorsqu'on fait l'accouchement par les pieds, le décollement peut avoir lieu, si l'on tire avec force et sans méthode sur le tronc de l'enfant, les grands diamètres de la tête étant appliqués sur les petits diamètres du bassin ; si la tête est naturellement trop volumineuse ; s'il y a hydrocéphale ou si l'enfant est putréfié. Dans tous ces cas, il faut examiner la tête, faire correspondre ses grands diamètres avec ceux du bassin, en portant dans la bouche deux doigts d'une main et deux de l'autre sur l'occiput. Si quelques causes particulières, dépendantes de la mère ou de l'enfant, s'opposaient à ce qu'on pût avoir la tête par ce moyen, on appelerait un accoucheur.

D. *Qu'entend-on par monstruosité du fœtus ?*

R. La monstruosité est l'état d'un enfant qui a plus ou moins de parties qu'il ne doit en avoir, ou qui en a quelques-unes de forme extraordinaire. On donne aussi le nom de monstruosité à la

réunion de deux enfans par quelques parties de leur corps. Si la monstruosité est de nature à empêcher l'enfant de venir seul ou par le secours de la main, on doit appeler un chirurgien.

Moyens à opposer aux causes légères provenant de l'arrière-faix.

D. *A quoi reconnaît-on l'adhérence d'un des bords du placenta sur l'orifice de la matrice ?*

R. L'adhérence du placenta se reconnaît à la perte de sang qui s'annonce, même quelquefois vers la fin de la grossesse, et qui a toujours lieu plus ou moins abondamment dans le travail. On reconnaît encore mieux cette adhérence en touchant intérieurement, on trouve une portion de la face spongieuse du placenta, et en même-temps quelques parties des membranes, si elles ne sont pas divisées, ou quelques parties de l'enfant, si elles le sont.

Alors, si le placenta n'est attaché que par un de ses bords à l'orifice de la matrice, il faut faire garder le lit à la femme, déchirer les membranes; et si la perte est légère, et si l'enfant se présente bien, abandonner l'accouchement à la nature.

D. *Lorsque le cordon ombilical se présente au-devant de la tête de l'enfant, que doit-on examiner ?*

R. Lorsque le cordon se présente au-devant de la tête, il faut examiner si l'enfant est mort et si le cordon n'est point comprimé ; dans ces deux cas, on abandonne l'accouchement à la nature.

D. *Que doit-on faire lorsque le cordon ombilical fait plusieurs circulaires autour du cou de l'enfant ?*

R. On ne peut bien s'apercevoir que le cordon est autour du cou, que lorsque la tête est dégagée de la vulve ; alors on examine de quel côté part l'attache du cordon, pour ramener de ce côté la face de l'enfant, que l'on tient rapprochée de la vulve, et on achève de dégager le reste du corps, en lui faisant décrire un demi-cercle : ensuite on développe promptement le cordon en tournant l'enfant de l'autre côté. Si on éprouve des difficultés pour en agir ainsi, ou si on s'aperçoit que le cordon serre trop fortement le cou, et qu'il est trop court, on le coupe le plutôt possible avant de terminer l'accouchement.

D. *A quoi reconnaît-on que les membranes sont trop dures, et que cette cause retarde l'accouchement ?*

R. On reconnaît que les membranes sont trop dures, lorsque la femme a de fortes douleurs, que l'orifice de la matrice est entièrement dilaté, et que les membranes forment la boule dans le vagin, et ne se déchirent pas d'elles-mêmes. Dans ce cas, il faut les déchirer, afin de faire écouler les eaux et faciliter la sortie de l'enfant. On profite du temps de la douleur pour amincir les membranes, en les raclant avec l'ongle dans la partie la plus basse ; on les pince dans l'intervalle des douleurs, et on les déchire sans les tirer. Si les membranes étaient

trop dures pour être déchirées avec l'onglé, on se servirait d'un gros grain de sel, qu'on porterait sur la poche des eaux pendant la douleur.

D. *Qu'arrive-t-il quand les membranes sont d'un tissu trop lâche?*

R. Lorsque les membranes sont d'un tissu trop lâche, il en résulte l'accouchement prématuré, si elles se déchirent avant la fin de la grossesse; ou un accouchement très-douloureux, si leur déchirement à lieu au commencement du travail.

D. *A quoi reconnaît-on qu'il y a trop d'eau dans les membranes, et que c'est cette cause qui retarde l'accouchement?*

R. On reconnaît qu'il y a trop d'eau dans les membranes au grand volume du ventre de la femme; à la faiblesse des douleurs; et lorsqu'en touchant intérieurement on soulève l'enfant avec facilité, et qu'il se présente successivement plusieurs parties. Dans ce cas, lorsque la tête se présente à l'orifice de la matrice, il faut diviser les membranes pour l'y fixer. Dans quelques circonstances, la trop grande quantité d'eau peut occasionner une fausse couche ou un accouchement prématuré.

La trop petite quantité d'eau rend en général la grossesse et l'accouchement plus pénibles; mais le travail ne s'en termine pas moins promptement.

Moyens contre les causes graves provenant de l'arrière-faix.

D. *Que faut-il faire lorsqu'on trouve le cordon ombilical comprimé par la tête, et que les pulsations du cordon annoncent que l'enfant est vivant?*

R. Lorsque le cordon est comprimé par la tête de l'enfant vivant, il faut essayer d'abord de repousser le cordon au-dessus de la tête; si on ne peut pas y réussir, il faut terminer promptement l'accouchement par les pieds; et si la tête est engagée dans l'excavation du petit bassin, on aura recours à un accoucheur pour le terminer avec les forceps : on doit se hâter de terminer l'accouchement, lorsque le cordon est comprimé, parce que la pression qu'éprouve le cordon, en affaiblit les pulsations en s'opposant au libre cours du sang. Si cette cause continue long-temps, les battemens du cordon cessent entièrement, et l'enfant meurt.

D. *A quoi reconnaît-on que le placenta est attaché par son centre à l'orifice de la matrice, et quels sont les signes qui l'indiquent avant le travail?*

R. On reconnaît l'adhérence du placenta par son centre, à l'orifice de la matrice avant le travail, parce que dès le sixième ou septième mois de la grossesse, la femme éprouve des pertes qui paraissent et s'arrêtent alternativement, et soit que le travail ait lieu à ces époques ou au neuvième mois;

il s'annonce par la perte de sang, qui augmente à mesure que l'orifice de la matrice se dilate : en touchant intérieurement, on trouve l'orifice de la matrice bouché par la partie spongieuse du placenta. Il y a perte dès le sixième mois de la grossesse, parce que le col de la matrice commence alors à s'étendre, et parce que l'adhérence du placenta se détruit dans quelques-uns de ses points; et lors de l'accouchement, l'orifice de la matrice ne pouvant se dilater sans que le placenta se décolle encore davantage, la perte en devient d'autant plus considérable.

D. *Que doit-on faire lorsque le placenta adhère par son centre à l'orifice de la matrice?*

R. Lorsque le placenta adhère par son centre à l'orifice de la matrice, il faut tenir la femme au lit; si la perte est considérable, appliquer sur le ventre et les cuisses des linges imbibés de vinaigre; temponner le vagin et l'orifice de la matrice; prescrire une potion astringente, faite avec eau distillée de rose et de plantain, de chaque deux onces, sirop de limon demi-once, et recourir à un accoucheur. Si on ne pouvait pas en avoir, on décollerait un des bords du placenta; on déchirerait les membranes; on s'assurait de la partie que l'enfant présente; et quand bien même ce serait la tête, on la repousserait pour terminer l'accouchement par les pieds.

20.e INSTRUCTION.

Du but qu'on se propose en terminant les accouchemens contre-nature ; des précautions à prendre avant de les terminer ; et de l'opération césarienne.

D. *Quel est le but qu'on doit se proposer en terminant les accouchemens contre-nature.*

R. En terminant les accouchemens contre-nature on doit se proposer de préserver la mère et l'enfant d'une mort certaine ; car lorsque l'enfant est dans une mauvaise position, il ne peut être expulsé par les seules forces de la nature ; et quelque bonne que soit sa position, il arrive quelquefois des accidens, tels qu'il y aurait de l'imprudence à ne pas employer les ressources de l'art par faciliter sa sortie.

D. *Quelles sont les précautions que l'on doit prendre avant de terminer les accouchemens contre-nature ?*

R. Avant de terminer les accouchemens contre-nature, il est des précautions à prendre relativement à la mère. Ainsi, lorsqu'on sera assuré, par le toucher, de la mauvaise position de l'enfant, on l'avertira avec beaucoup de ménagement, qu'il sera nécessaire de l'accoucher dès-que le moment favorable sera venu : et si les accidens étaient de nature à faire craindre pour ses jours, on en instruirait les

parens, pour qu'ils l'engageassent à mettre ordre à sa conscience et à ses affaires.

D. *La sage-femme n'a-t-elle pas aussi à prendre des précautions relativement à elle, avant de terminer un accouchement contre-nature ?*

R. Lorsque la sage-femme reconnaît que l'orifice de la matrice est assez dilaté, pour permettre l'introduction de la main, elle doit d'abord donner à la malade la position qui convient le mieux ; il faut la faire mettre aux pieds ou sur le bord du lit, couchée à plat, le siège bien élevé, les cuisses et les jambes fléchies et médiocrement écartées ; les pieds appuyés sur deux chaises, où deux aides les fixeront en soutenant les genoux ; et une autre aide retiendra les épaules pour empêcher la femme d'avancer ni de reculer : dans cette position, elle sera couverte d'un drap ou d'une couverture, suivant la saison. Ensuite l'on humectera la main, on l'introduira avec précaution dans le vagin ; on déchirera les membranes ; on s'assurera au juste de la position de l'enfant, et l'on se fixera par là sur la main dont on doit se servir pour manœuvrer. Cela fait, on terminera l'accouchement en suivant la méthode la plus convenable, et en usant d'autant de ménagement qu'il sera possible, tant envers la mère qu'envers l'enfant.

D. *De quelle manière doit-on introduire la main dans le vagin et dans la matrice, lorsqu'il est temps de terminer l'accouchement contre-nature ?*

R. Pour terminer l'accouchement, on doit d'a-

bord insinuer les doigts les uns après les autres, ou si le passage le permet, tous réunis, en serrant le pouce dans le creux de la main. Il faut profiter du temps de la douleur pour introduire la main dans le vagin; et l'on ne doit, au contraire, l'introduire dans la matrice que dans l'intervalle des douleurs; en même-temps l'autre main sera portée méthodiquement sur le bas-ventre, de manière que la paume serve d'arc-boutant à la tête de l'enfant.

D. *Faut-il manœuvrer dans le temps de la contraction de la matrice?*

R. On ne doit pas manœuvrer dans le temps de la contraction, à moins que les pieds de l'enfant ne soient hors de la vulve, parce que les mouvemens de la main en irritant la matrice, augmenteraient ses contractions, qui, étant long-temps continuées, pourraient déterminer l'inflammation et la rupture de ce viscère.

D. *Qu'est-ce que l'opération césarienne?*

R. L'opération césarienne est une incision faite aux muscles du bas-ventre et à la matrice pour en extraire l'enfant.

Les cas qui exigent l'opération césarienne, sont les vices considérables du bassin; certaines maladies des parties molles; un enfant monstrueux par son volume ou sa conformation; la mort de la femme enceinte.

D. *Dans les grossesses extrà-utérines faut-il faire l'opération césarienne pour obtenir la sortie de l'enfant?*

R.

R. Dans les grossesses extrà-utérines, l'enfant n'étant pas contenu dans la matrice, il ne faut qu'inciser les muscles du bas-ventre pour l'extraire : on doit faire la même opération lorsque l'enfant a passé dans le bas-ventre par une rupture de la matrice.

D. *Dans quel cas une sage-femme doit-elle faire l'opération césarienne ?*

R. Une sage-femme doit faire l'opération césarienne, lorsqu'elle est bien certaine de la mort d'une femme qui a l'enfant renfermé dans son sein, et qu'on ne peut pas se procurer un chirurgien assez promptement : on se propose par cette opération de conserver l'enfant, ou du moins de lui donner le baptême.

D. *Quelle attention doit-on avoir avant de faire l'opération césarienne à une femme morte ?*

R. Avant de se décider à faire l'opération césarienne à une femme morte, il faut la toucher intérieurement, et si l'enfant se présente à l'orifice de la matrice, et peut sortir par les voies ordinaires avec facilité, il faut terminer l'accouchement comme si la femme était vivante ; après avoir coupé le cordon, on se dispense d'extraire l'arrière-faix.

D. *De quelle manière faut-il faire l'opération césarienne à une femme enceinte qui vient de mourir ?*

R. Pour faire l'opération césarienne à une femme enceinte qui vient de mourir, si on ne peut pas se procurer d'autre instrument qu'un couteau bien tranchant ou un rasoir, on s'en servira pour faire

sur la ligne blanche une ouverture, qui commencera au nombril, et se terminera à un pouce du pubis. Deux aides fixeront les parties latérales et supérieures du ventre ; le péritoine ouvert, on apercevra la matrice, on l'ouvrira depuis son fond jusqu'à son col avec beaucoup de précaution, pour ne pas blesser l'enfant : si on trouve les membranes ou le placenta, il faut les ouvrir, plonger la main dans la cavité de la matrice pour avoir les pieds de l'enfant, et l'extraire de la manière la plus convenable ; enfin, on coupera le cordon ombilical.

21.e INSTRUCTION.

Des signes qui annoncent, pendant le travail, si l'enfant est vivant ou mort ; de ceux de la grossesse des jumeaux ; des différentes maladies auxquelles les femmes grosses sont sujettes ; des remèdes à employer dans quelques circonstances, et du régime des femmes grosses.

D. *A quels signes peut-on reconnaître, pendant le travail, si l'enfant est vivant?* (V. 3.e instr.)

R. On reconnaît, pendant le travail, si l'enfant est vivant, en touchant intérieurement. S'il présente la tête, on la trouve ronde, ferme, et quand l'accouchement est long, il se forme une tumeur qui augmente peu-à-peu ; lorsque l'ombilic ou le

bas-ventre se présente, les pulsations des artères du cordon ombilical donnent la certitude de la vie de l'enfant. Lorsque c'est quelques-unes des extrémités, il n'y a pas ordinairement d'autres signes certains de vie ou de mort que le mouvement sensible de ces parties. Au reste, il arrive quelquefois que l'enfant meurt en sortant du sein de la mère.

D. *A quels signes peut-on reconnaître, pendant le travail, si l'enfant est mort depuis long-temps?* (V. 3.e instr.)

R. On reconnaîtra, pendant le travail, que l'enfant est mort depuis long-temps, si l'on trouve la tête allongée, mollasse, et les os qui la composent chevauchés les uns sur les autres; s'il y a au cuir chevelu une tumeur qui s'élargit et s'affaisse; si le cordon est plat et sans mouvement; et si l'épiderme de quelque partie reste attaché aux doigts: la sortie du méconium, dans toute autre position que celle du siège, est aussi un signe de mort. Après la sortie de l'enfant, on ne peut décider irrévocablement qu'il est mort, qu'après avoir tenté inutilement tous les moyens pour le rappeler à la vie. L'on doit se rappeler qu'il est facile de s'y méprendre.

D. *A quoi peut-on reconnaître, pendant la grosesse, si la femme est enceinte de jumeaux?*

R. On peut présumer la grossesse de jumeaux au grand volume du ventre, relativement à l'époque de la grossesse, à deux tumeurs distinctes qu'il forme vers les derniers mois; aux mouvemens que

la femme dit ressentir en plusieurs endroits en même-temps ; aux dérangemens qu'elle éprouve, et qui sont plus marqués que dans les grossesses simples ; à l'enflure générale qui survient quelquefois. Malgré ces signes apparens, il est arrivé que des femmes qui les éprouvaient ne sont accouchées que d'un seul enfant, et que d'autres sont accouchées de deux, quoiqu'elles n'eussent le ventre que d'un volume ordinaire, et qu'elles ne présentassent pas les autres signes que nous venons d'énoncer.

D. *Quels sont les signes qui annoncent, pendant l'accouchement, que la matrice contient des jumeaux ?*

R. On connaît que la matrice contient des jumeaux, lorsqu'en touchant intérieurement on trouve les parties de deux enfans, comme deux pieds d'un volume différent ou du même côté ; lorsque le ventre étant très-volumineux, s'il ne s'est écoulé qu'une très-petite quantité d'eau, et que l'enfant né le premier soit très-petit. Enfin, on devient certain de l'existence d'un second enfant, lorsqu'après la sortie du premier, le ventre continue d'être volumineux et dur, et qu'en touchant intérieurement on trouve de nouvelles membranes, ou quelques parties d'un autre enfant à l'orifice de la matrice.

D. *Que faut-il faire quand on rencontre des jumeaux ?*

R. Dans le cas de jumeaux, il faut procurer le plutôt possible la sortie de tous les enfans contenus dans la matrice. Si le second ou le troisième, etc.,

se présente dans une bonne position, on déchirera les membranes, et on abandonnera l'accouchement à la nature. On aura seulement l'attention de rapprocher les côtés du ventre avec une serviette, à mesure que la matrice expulsera les enfans. Après la délivrance, on fera une forte compression vers la région qu'occupait le fond de la matrice.

D. *Comment a-t-il pu naître de nouveaux enfans deux ou trois mois après un accouchement à terme ?*

R. Il a pu naître de nouveaux enfans deux ou trois mois après un accouchement à terme ; mais cela n'est arrivé que dans le cas très-rare de superfétation, qui ne peut avoir lieu qu'autant que la matrice est double ou qu'elle a deux cavités.

D. *Quelles sont les maladies auxquelles les femmes grosses sont sujettes ?*

R. Les femmes grosses sont sujettes au manque d'appétit, au dégoût, aux douleurs, à l'ardeur d'estomac, aux crachemens même de sang, aux nausées, aux vomissemens, aux gonflemens et aux douleurs de la tête, des dents, d'oreille, de reins, des mamelles et du mamellon, à la chaleur de la paume des mains, à la constipation, aux coliques, à la diarrhée, à l'incontinence d'urine, aux étourdissemens, à l'assoupissement, à l'insomnie, aux vapeurs, aux convulsions, à la difficulté de respirer, à la toux, à la palpitation du cœur, au saignement de nez, aux pertes de sang, aux hémorroïdes, aux varices, au gonflement et à l'inflamma-

tion des grandes lèvres, à l'enflure des cuisses, des jambes et des pieds, aux différens déplacemens de la matrice, au relâchement des symphises du bassin, ce qui leur donne une démarche claudicante; enfin, à la fausse couche.

D. *Dans quelles circonstances de la grossesse faut-il tenir les femmes à un régime rafraîchissant?*

R. On doit tenir les femmes grosses à un régime rafraîchissant, lorsqu'elles sont constipées, qu'elles éprouvent de la chaleur, des insomnies, de la soif, ou une simple sécheresse de la langue, lorsqu'elles sont affectées de vapeurs et d'une sorte d'irritation générale. Les moyens de les rafraîchir sont l'usage des lavemens d'eau de mauves, les boissons d'eau de poulet ou de veau, de petit lait, d'orgeat, les potions calmantes, et une nourriture légère et par préférence végétale.

D. *Quels sont les cas qui exigent la saignée chez les femmes grosses?*

R. On doit saigner les femmes grosses, lorsqu'elles ont de fortes douleurs de tête, de dents, d'oreilles, des étourdissemens, des éblouissemens, des insomnies trop longues, ou un assoupissement continuel, avec un pouls dur, plein, élevé; lorsqu'elles éprouvent des douleurs vives dans les reins, la poitrine et le bas-ventre; lorsqu'elles ont de la difficulté à respirer, de fréquentes palpitations de cœur, des crachemens de sang, des saignemens de nez, ou autres évacuations sanguines, qui paraîs-

sent dépendre d'un état de pléthore. On doit les saigner au bras, le matin dans leur lit : on ne leur tirera qu'une petite quantité de sang à-la-fois, de crainte de déterminer une fausse couche, ou au moins de trop les affaiblir. On doit se rappeler que la saignée ne peut être employée sans danger, qu'autant qu'elle est évidemment nécessaire, et alors il ne faut pas avoir égard à l'époque de la grossesse.

D. *Quels sont les cas où l'application des sangsues doit être préférée à la saignée?*

R. On doit préférer l'application des sangsues à la saignée, lorsqu'il y a inflammation aux parties de la génération, ou des hémorroïdes très-douloureuses, ou des varices enflammées. Alors les sangsues, appliquées à l'anus ou à la vulve, soulagent sûrement et promptement. On aura l'attention de n'en appliquer que trois ou quatre à-la-fois, sauf à les réitérer selon l'effet et le besoin.

D. *Quelles sont les maladies de la grossesse qui exigent les soins d'un homme de l'art?*

R. On doit avoir recours à un homme de l'art, toutes les fois qu'une femme grosse a la fièvre, des convulsions, une perte de sang, et dans tous les cas qui demandent l'emploi d'instrumens chirurgicaux.

D. *Quels sont les cas qui exigent la purgation chez les femmes grosses?*

R. En général on doit purger, lorsque la femme enceinte a les yeux chargés, la bouche mauvaise,

la langue couverte d'un limon blanchâtre ou jaunâtre ; lorsqu'elle a des coliques ou la diarrhée, et que, par le régime seul, on ne peut la délivrer de ces incommodités ; alors on doit choisir les purgatifs doux, comme la rhubarbe et la magnésie, les follicules de séné infusées à froid, les sels neutres : ceux qui sont violens pourraient déterminer l'avortement ou un accouchement prématuré ; la diète seule et un exercice modéré dispensent le plus souvent des purgatifs.

D. *Quel est le régime qui convient le mieux aux femmes enceintes?*

R. Les femmes enceintes qui n'éprouveront point d'incommodités, se tiendront à leur régime ordinaire : celles qui en éprouveront, doivent être traitées suivant les circonstances ; mais elles doivent toutes avoir attention de ne pas se serrer dans leurs vêtemens, d'éviter les exercices trop pénibles et les vives affections de l'ame ; elles doivent s'abstenir de marcher pieds nuds, de demeurer assises sur le gazon et de s'y endormir, et craindre en général toute rencontre propre à les refroidir et à supprimer leur transpiration.

22.e INSTRUCTION.

De la fausse grossesse qui a rapport à la conception, et de celle qui n'y en a pas; de la môle; de ses espèces; de la fausse couche.

D. *Qu'entend-on ordinairement par fausse grossesse?*

R. La fausse grossesse est la suite d'une conception dont le produit est dégénéré et a changé de nature dès les premiers temps : ce produit se désigne sous le nom de môle ou de faux germe. Il y a d'autres espèces de fausse grossesse qui n'ont point de rapport à la conception; ce sont celles qui sont formées par l'eau, et qu'on nomme hydropisie de matrice; celle qui est dûe à l'air, à laquelle on a donné le nom de tympanite; celle qui provient d'un amas de sang, de matières glaireuses, ou d'une excroissance polypeuse; et enfin, celle qu'on appelle nerveuse, qui tient à un état d'hystérie.

D. *En combien d'espèces divise-t-on la môle, et quels noms leur donne-t-on?*

R. On divise la môle en deux espèces; l'une qu'on appèle charnue, et l'autre vésiculaire; la môle charnue est à-peu-près de la même nature que le placenta.

D. *Quelle est la figure de la môle vésiculaire?*

R. La môle vésiculaire ressemble à une grappe

de raisin ; les tubercules qui en simulent les grains, sont remplis d'eau ; cette môle s'appèle encore hydatide.

D. *Le volume de la môle est-il toujours le même ?*

R. Le volume de la môle n'est pas toujours le même ; il est des môles qui acquièrent un volume très-considérable, et d'autres restent très-petites. La durée de cette espèce de fausse grossesse n'a pas non plus rien de fixe ; la matrice expulse plutôt ou plus tard les substances qui la constituent ; le plus communément c'est au troisième ou au quatrième mois ; mais on en a vu qui tenaient jusqu'au septième, d'autres jusqu'au neuvième.

D. *La môle hydatide est-elle expulsée de la matrice avec la même facilité que la charnue ?*

R. La môle hydatide n'est pas expulsée avec la même facilité que la charnue ; la première sort par parcelles, et la charnue en entier : celle-ci ne tient pas fortement à la matrice ; elle se détache au moindre effort ; aussi la femme éprouve-t-elle souvent des pertes irrégulières, jusqu'à la sortie de ce corps étranger.

D. *Que remarque-t-on dans la môle charnue après sa sortie ?*

R. Après la sortie de la môle charnue, on y observe une cavité qui contient plus ou moins d'eau ; quelquefois on n'y en trouve point du tout, parce qu'elle s'est écoulée avant l'expulsion de la partie charnue.

D. *Peut-on toujours abandonner l'expulsion de la môle aux soins de la nature ?*

R. On peut abandonner l'expulsion de la môle aux soins de la nature, lorsque la perte est médiocre ; mais on doit extraire ce corps, lorsque l'hémorragie est considérable, et lorsque la dilatation de l'orifice de la matrice le permet. On opère de la même manière que pour l'extraction du placenta.

D. *La fausse grossesse qui a rapport à la conception, a-t-elle des indices particuliers qui la fassent distinguer de la vraie ?*

R. Les symptômes de la vraie et de la fausse grossesse sont tellement les mêmes dans les premiers temps, qu'il est très-difficile de les distinguer avant le cinquième mois. Cependant l'on peut soupçonner la fausse grossesse, si le ventre prend un accroissement très-prompt dans les premiers mois ; si le nombril reste enfoncé, et si la femme éprouve un sentiment de pesanteur et de gêne vers le col de la matrice ; mais on ne peut rien décider qu'après avoir touché intérieurement, et ce moyen même ne peut donner aucun résultat dans les premiers mois de la conception.

D. *A quel terme de la grossesse peut-on toucher avec quelque avantage, pour connaître si la grossesse est vraie ou fausse ?*

R. On peut toucher avec quelque avantage, lorsque le ventre présente le volume d'une grossesse de quatre ou cinq mois. Alors on fait ensorte d'exciter

le mouvement de ballotement, *(V. 13.e inst.)* dont l'absence caractérise la fausse grossesse, sur-tout lorsqu'on est assuré que la matrice n'est affectée d'aucune maladie.

D. *A quels signes reconnaît-on l'hydropisie de matrice?*

R. On reconnaît l'hydropisie de matrice au poids que la femme dit ressentir dans ce viscère, et à une fluctation plus ou moins profonde, qu'on reconnaît à travers ses parrois.

D. *A quels signes reconnaît-on la tympanite de la matrice?*

R. On reconnaît la tympanite de la matrice au volume, à la légèreté de ce viscère, et aux rots utérins. L'hydropisie et la tympanite exigent les soins d'un chirurgien.

D. *Qu'est-ce que l'avortement ou fausse couche?*

R. On donne le nom de fausse couche ou d'avortement, à l'expulsion du fœtus avant l'époque à laquelle il peut vivre; c'est-à-dire, avant le terme de sept mois.

D. *Quelles sont les causes de la fausse couche?*

R. Les causes de la fausse couche sont en grand nombre; elles peuvent venir de la mère, du fœtus, ou de l'arrière-faix. Les causes dépendantes de la mère, sont différentes maladies, la trop grande quantité de sang, l'abstinence prolongée, la toux, les convulsions, la roideur des fibres de la matrice, leur faiblesse, quelques tumeurs qui empêchent son développement, les vives passions de l'ame, les

corps, les chûtes, les exercices violens, l'usage des vêtemens trop étroits, etc. Les causes relatives au fœtus sont ses différentes maladies ou sa mort.

D. *Quelles sont les causes relatives à l'arrière-faix, qui peuvent déterminer la fausse couche ?*

R. Les causes relatives à l'arrière-faix sont les affections morbifiques du placenta, son adhérence trop faible à la matrice, et son attache au col ou sur l'orifice de ce viscère.

D. *Quels sont les moyens propres à empêcher la fausse couche ?*

R. Pour empêcher la fausse couche, il faut agir suivant la nature des causes qui la font craindre. En général, on doit pratiquer la saignée dans le cas de pléthore, donner des calmans dans le cas d'irritation, prescrire le repos et une bonne nourriture dans le cas de faiblesse, faire prendre de l'huile d'amande douce et des lavemens émolliens si, à la suite d'une longue constipation, on soupçonne qu'il y ait, dans les gros intestins, des gros excrémens durcis.

D. *Quels sont les symptômes qui précèdent la fausse couche ?*

R. La fausse couche est précédée d'une perte de sang médiocre ou considérable, accompagnée de douleurs dans les reins, dans la matrice, et d'un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre.

D. *La fausse couche est-elle dangereuse pour la mère ?*

R. La fausse couche, par elle-même, n'est point

dangereuse pour la mère ; elle se fait par le même mécanisme que l'accouchement ; mais ses suites sont plus ou moins fâcheuses, suivant les causes qui l'ont excitée.

D. *La fausse couche est-elle dangereuse pour l'enfant?*

R. La fausse couche est toujours funeste à l'enfant, car le plus grand nombre meurent avant d'être sortis de la matrice ; et la plupart des autres ne tardent pas à mourir après leur naissance.

D. *De quelle manière doit-on se conduire dans le cas de fausse couche ?*

R. On doit abandonner à la nature l'expulsion du fœtus et du placenta, toutes les fois qu'il n'y a pas d'accident particulier ; on évitera de fatiguer la femme par le toucher trop fréquent, et sur-tout d'ouvrir la poche des eaux, lorsque la fausse couche aura lieu à la première époque de la grossesse. Le travail est plus facile et plus prompt, lorsque les eaux subsistent, parce que la matrice conserve alors toute son énergie, et ne cesse de la développer que lorsqu'elle a expulsé tout le produit de la conception.

D. *Quelle est la forme apparente de l'embryon, lorsqu'il sort renfermé dans les membranes ?*

R. Lorsque l'embryon sort renfermé dans les membranes, il ne paraît pas du tout ; on n'aperçoit qu'une espèce de boule, formée par le chorion et la partie spongieuse du placenta. Dans ce cas, il faut avoir la précaution d'ouvrir de suite les membranes,

pour que la respiration du fœtus puisse s'établir. Si l'enfant est à terme, ces espèces d'accouchemens s'appèlent accouchement en peloton ; il faut également déchirer de suite les membranes.

D. *Le fœtus peut-il toujours venir sans le secours de l'art, dans le cas de fausse couche?*

R. Si la fausse couche se fait à un terme avancé de la grossesse, il faut prendre garde aux accidens qui peuvent avoir lieu, et à la situation du fœtus qui, après le sixième mois, peut être telle qu'il ne puisse sortir sans le secours de l'art ; alors on se conduira comme dans l'accouchement à terme.

D. *Quel doit être le régime de la femme après la fausse couche ?*

R. Le régime de la femme, après la fausse couche, doit être à-peu-près le même qu'après un accouchement à terme ; il dépend aussi des circonstances qui auront précédé ou qui suivront.

23.e INSTRUCTION.

Des pertes qui surviennent aux femmes avant, pendant la grossesse, durant le travail, ou après l'accouchement ; des moyens d'y remédier ; du tamponnement.

D. *Qu'est-ce que la perte de sang?*

R. C'est un écoulement de sang plus ou moins abondant, qui se manifeste par l'orifice de la matrice

et celui du vagin, ou qui se concentre dans la cavité de la matrice sans paraître au-dehors.

Les pertes peuvent avoir lieu en tout temps, avant, pendant la grossesse, durant le travail, et après l'accouchement. Les causes des pertes de sang, pendant la grossesse, sont l'adhérence superficielle ou inégale du placenta à la matrice; son attache vers l'orifice de ce viscère, et la trop grande brièveté du cordon.

D. *Comment doit-on se conduire lorsqu'il y a une perte de sang dans le cours de la grossesse?*

R. Dans le cours de la grossesse, si une légère perte est causée par la pléthore, il faut avoir recours à la saignée, prescrire le repos, la diète et les boissons rafraîchissantes; mais si la perte fait craindre une fausse couche ou un accouchement prématuré, on fait garder à la femme la position horizontale; on l'expose à un courant d'air frais; on lui fait observer le plus grand repos; on applique sur le ventre et sur les cuisses des linges imbibés de vinaigre, et on évite de diviser les membranes par un toucher trop fréquent. Si ces moyens sont insuffisans, on applique le tampon jusqu'à l'orifice de la matrice; on tâche ainsi de diminuer ou d'arrêter la perte.

D. *Comment doit-on se conduire lorsqu'une perte inquiétante survient dans le travail de l'accouchement?*

R. Lorsque cette perte survient dans le travail de l'accouchement, si l'orifice de la matrice est suffisamment

suffisamment dilaté, il faut terminer l'accouchement par les pieds; mais si l'orifice n'est pas assez dilaté, on divise les membranes, et si la perte ne diminue pas, on emploie les mêmes moyens que nous venons d'indiquer : si le tampon devient nécessaire, on le maintient en place jusqu'à l'entière dilatation, afin de déterminer l'accouchement. Enfin, si on avait à craindre la mort de la femme, il faudrait dilater l'orifice de la matrice avec le plus de ménagement possible, pour terminer au plutôt l'accouchement par les pieds.

D. *Quelles sont les causes des pertes de sang après l'accouchement?*

R. Comme les pertes de sang, après la sortie de l'enfant, peuvent dépendre de quelques corps étrangers restés dans la matrice, il faut les extraire avec précaution. Si la cause tient uniquement à l'inertie de la matrice, il faut, pour l'exciter, porter, dans sa cavité, la main baignée de vinaigre ou d'eau-de-vie; on peut aussi faire des injections d'oxicrat; extérieurement rapprocher, avec les deux mains, les côtés du ventre; y appliquer du vinaigre et de la glace même, si la femme n'est pas en état de transpiration.

Si la perte dépend du renversement ou de la dépression de la matrice, il faut remonter son fond, s'il est possible, au-dessus de la marge du bassin, et l'y maintenir jusqu'à ce qu'elle ait pris son ressort. Si la perte n'est occasionnée que par une vive affection de l'ame, il faut tranquilliser l'imagination

de la malade, et donner des potions calmantes. Si, comme cela a lieu le plus souvent, il y a inertie de l'organe, il faut employer les moyens que nous venons d'indiquer pour cette affection.

D. *A quels symptômes distingue-t-on la perte interne après l'accouchement?*

R. La perte interne peut avoir lieu après que la matrice a repris son ressort; elle se déclare une heure ou deux après l'accouchement, et quelquefois plus tard; le sang ne coule point hors de la vulve, ou il n'en sort que très-peu; le ventre devient gros et mollasse; le pouls s'affaiblit; la femme se plaint d'un poids sur le rectum; elle pâlit et perd connaissance si on tarde à la secourir.

D. *Quelles sont les causes qui rendent la perte non apparente après l'accouchement, et que faut-il faire alors?*

R. Ces causes sont la contraction subite du col de la matrice, ou la présence de quelques caillots sur son orifice, qui empêchent la sortie du sang, et le font accumuler dans la matrice qui en est distendue. Dans ce cas, il faut la vider avec précaution, si la malade n'est pas trop faible; mais si elle l'est beaucoup, et si la matrice est remplie de caillots, on se contente d'appliquer des linges imbibés de vinaigre sur le bas-ventre, sur le haut des cuisses, même dans le vagin, sans cependant le boucher; et on fait en sorte d'extraire les caillots peu-à-peu, à mesure qu'on s'aperçoit que la matrice reprend son ressort et revient sur elle-même.

D. *Qu'est-ce qu'on entend par tampon et par tamponnement ?*

R. On donne le nom de tampon à toute matière qu'on peut introduire commodément dans le vagin et dans l'orifice de la matrice, pour arrêter l'écoulement du sang.

On appelle tamponnement l'opération par laquelle l'on bouche complètement le vagin pour arrêter une hémorragie.

D. *Quelles sont les matières qu'on peut employer pour tamponner ?*

R. Ce sont la filasse, les étoupes, le coton, la laine, l'amadou, le vieux linge, etc. ; mais c'est la charpie qu'on préfère, parce que cette substance a la propriété d'arrêter le sang, et qu'à raison de sa souplesse, on peut l'introduire commodément et sans occasionner de souffrances.

D. *Comment se fait cette opération ?*

R. On divise la matière dont on veut faire le tampon ; si c'est de la charpie ou de la filasse, on en fait des boulets, on les imbibe d'eau ou d'oxicrat, ou mieux, on les enduit d'une substance grasse ; on en pousse aussi haut que possible dans le col de la matrice : on soutient les premières par d'autres, et l'on en accumule ainsi autant qu'il en faut pour remplir toute la capacité du vagin ; on les serre d'autant plus les unes sur les autres, que l'écoulement du sang se faisait avec plus de rapidité. Quand le vagin est bien plein, et il faut, chez certaines femmes, une grande quantité de matière pour le

remplir, on applique sur la vulve une poignée de cette même matière, puis une compresse de linge, et l'on soutient le tout par un bandage en T. Si le sang passait en quantité à travers l'appareil, il faudrait le retirer et le rétablir. Il contracte bientôt une odeur insupportable, et qui oblige toujours à le défaire après vingt-quatre heures; on le réapplique si l'hémorragie persiste.

D. *Le tamponnement est-il une opération d'une grande utilité?*

R. Il n'est pas dans notre art d'opération qui rende des services plus fréquents et plus importans que le tamponnement.

D. *Expliquez-moi comment agit le tamponnement?*

R. Le sang, trouvant dans le tampon un obstacle à son écoulement à l'extérieur, s'accumule dans l'intérieur de la matrice; il la distend; il y forme un caillot qui bouche l'orifice des vaisseaux qui le laissaient échapper, et il devient un corps étranger. Sa présence, ainsi que celle du tampon, irrite la matrice, et met en action la propriété qu'a cet organe de se contracter pour expulser tout ce qui est contenu dans sa cavité.

D. *D'après cette manière d'agir du tampon, dites-moi s'il peut être employé avantageusement pour une femme qui ne serait pas grosse, et qui aurait une perte excessive?*

R. La femme n'étant pas grosse, la cavité de la matrice est fort petite; peu de sang suffit pour la

remplir et boucher les orifices des vaisseaux d'où provient la perte : d'un autre côté, la matrice, étant dans toute sa force, expulsera avec facilité le sang qui s'y sera accumulé. Donc, l'effet du tampon ne peut pas manquer d'être efficace dans le cas supposé ; cependant il ne convient de l'employer qu'après que d'autres moyens moins désagréables pour la malade ont été sans succès.

D. *Le tamponnement peut-il être employé contre les pertes qui surviennent pendant la grossesse ?*

R. Le tampon accumulant le sang dans la matrice, et mettant en action la propriété qu'a cet organe de se contracter pour expulser tout ce qui est contenu dans sa cavité, une hémorragie peu abondante, ni même celle qui serait forte en commençant, ne doivent pas nous déterminer à employer de suite le tampon ; il faut premièrement user de tous les moyens dont nous avons parlé, et les continuer assez long-temps. S'ils n'ont aucun succès, et que la femme menace de tomber dans un affaiblissement dangereux pour sa vie, on doit tâcher d'extraire de l'intérieur de la matrice les corps dont la présence occasionne la perte ; mais s'il est impossible d'y réussir, c'est alors qu'il convient de recourir au tamponnement, comme à une ressource efficace et indispensable contre un danger évident et prochain.

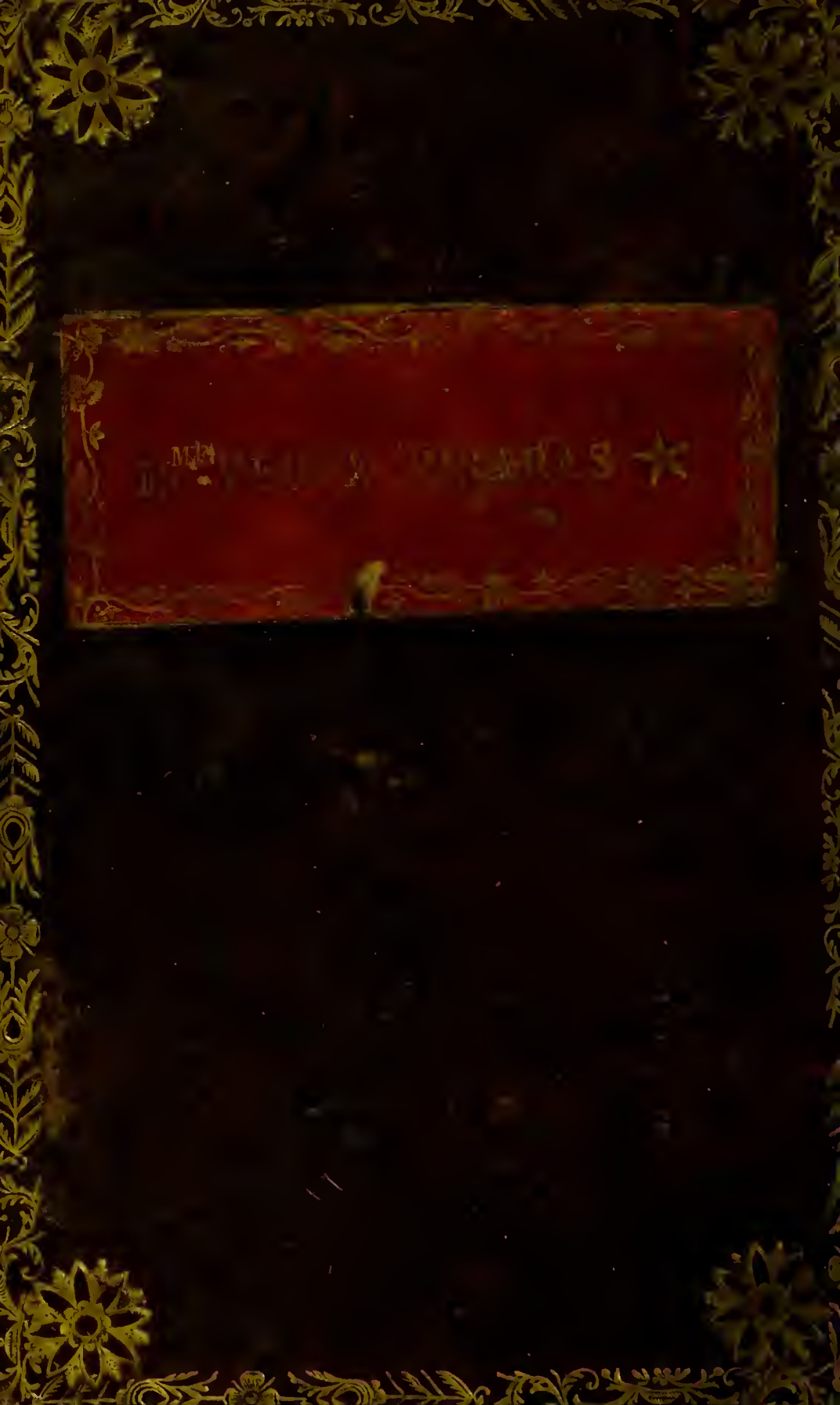
D. *Le tamponnement peut-il être d'un grand secours contre les pertes qui surviennent durant le travail de l'accouchement ?*

R. Durant le travail de l'accouchement, la propriété qu'a la matrice de se contracter pour expulser ce qu'elle contient, est en action. D'après ce que nous avons dit, le tampon augmentera le développement de cette force : il accélérera la dilatation du col de la matrice, et l'accouchement aura lieu naturellement plutôt, ou il sera, s'il est nécessaire, terminé plus vîte par l'art. D'un autre côté, la cavité de la matrice, réduite à peu de vide par l'effet du travail et par la présence du produit de la conception, une petite quantité de sang suffira pour la remplir et former à l'orifice des vaisseaux ouverts, les caillots qui arrêteront l'hémorragie. Le tamponnement ne peut donc qu'être très-efficace contre les pertes qui surviennent durant le travail de l'accouchement.

D. *Le tamponnement peut-il être utile contre les pertes abondantes qui surviennent après l'accouchement à terme ?*

R. Il est reconnu que la cause de ces pertes consiste toujours dans l'inertie de la matrice, c'est-à-dire dans la suspension de la faculté de se contracter ; suspension qui est quelquefois si prononcée, que les plus forts excitans ne peuvent pas la faire cesser. Cela posé, qu'arrivera-t-il si l'on applique le tampon ? La matrice, peu de temps auparavant entièrement distendue, affaiblie depuis par l'effet de la perte, au lieu d'être assez excitée pour revenir sur elle-même, se laissera distendre et remplir de nouveau par le sang, dont la quantité pourra être assez abon-

dante pour faire mourir l'accouchée. Bien des faits de pratique ont justifié cette théorie. Il est donc établi que le tamponnement ne doit point être employé contre les hémorragies qui surviennent à la suite de l'accouchement à terme.

Il pourrait être également dangereux dans le cas d'hémorragie, après un avortement qui aurait lieu vers la fin de la grossesse, tandis qu'il est très-efficace contre les hémorragies qui suivent la retention du placenta après l'avortement, dans les premiers mois après la conception.

FIN.